

レゾナック健康保険組合 御中

## 医療費助成内容届出書

(医療証1枚ごとに届出書を作成ください)

記号	1 2	番号	3 4 5 6 7	被保険者氏名	健保 太郎
所属				連絡先(内線可)	0 0 0 (0 0 0 0) 0 0 0 0

## 【医療費助成の内容】

医療費助成対象者氏名	健保 一郎	続柄	長男	年齢	1 2
------------	-------	----	----	----	-----

当てはまるものに○をつけてください

1 医療機関では支払いをしていない

2 医療機関では一定の額を支払っている

① 1割の額を支払っている

② その他

通院の場合 1か月の支払上限額 ( 円)

入院の場合 1か月の支払上限額 ( 円)

3 医療機関で一定の額を支払っているが、支払う上限額は不明

4 医療機関で支払いをしているが、後日手続きをすれば還付される

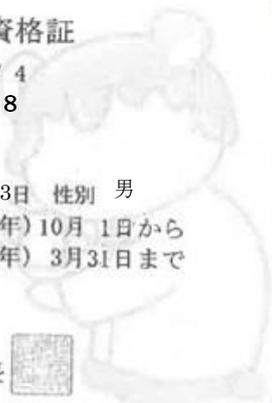
5 上記1～4に該当しない場合、助成内容についてご記入をお願いします

※裏面に「医療証」のコピー(表・裏)を貼付してください

表 面 貼 付

こども医療費受給資格証

公費負担者番号 81110074  
受給者番号 12345678  
対象のこどもの氏名 健保 一郎  
生年月日 平成22年1月23日 性別 男  
有効期間 平成30年(2018年)10月1日から  
平成35年(2023年)3月31日まで  
受給資格者 健保 太郎  
平成30年10月1日 交付  
〇〇県〇〇市長 



裏 面 貼 付

注 意 事 項

- この証は、市長が指定する医療機関等で診療を受けるときに、保険証と一緒に医療機関等の窓口に表示してください。  
ただし、学校等管理下におけるけがなどで日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合は、この証を使用せず、いったん窓口で支払いをしてから、災害共済給付を受けてください。また、他の制度から医療費が支給される場合にも、本制度の支給対象となりませんのでご注意ください。
- 届出内容に変更があったときは、必ず市役所に届け出てください。
- 受給資格を喪失したとき、又は有効期間を経過したときは、速やかにこの証を市役所に返却してください。
- 救急の場合を除き、平日の診療時間内に受診するなど、医療機関等への適正受診にご理解とご協力をお願いします。

住所(自筆)	
--------	--