

医療費助成制度該当届（新規・終了）

被 保 険 者 情 報 欄	被保険者等の	記号	番号	氏名	
		※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。			
	住 所	〒 () ※日中連絡の取れる電話番号を記入してください			
	メールアドレス	@ ※電話での連絡が難しく、メールでの連絡を希望される場合にはメールアドレスをご記入ください			

助 成 対 象 者 情 報 欄	フリガナ		続柄	生 年 月 日	年 月 日
	対象者氏名				
	受給制度 〔該当する項目に○印〕	1. ひとり親家庭等医療費助成 2. 心身障がい者医療費助成 3. 妊産婦医療費助成 4. その他()			
	上記制度にいつから該当ですか	年 月 日 ※お手持ちの医療証の有効期限や交付日ではなく、上記制度に最初に該当となった日をご記入下さい			
	上記制度が終了した場合	年 月 日 ※医療費助成制度が終了した場合その年月日をご記入下さい。			
	この申請書を提出する理由	1. 医療費助成の該当となった(新規の認定) 2. 以前より医療費助成の該当であったが未届けであった 3. FR健康保険組合に加入した 4. 医療費助成が終了した			

- 市区町村等発行の「医療証(表・裏)」のコピーを必ず添付して下さい。
- 市区町村からの医療費助成と健保からの給付金が重複していたことが後日判明した場合、給付金の返還請求が生じますので、届出もれの無いようご注意ください。

- 【注意事項】
1. 本人が該当する場合も、「助成対象者情報欄」に記入して下さい。
 2. 所得制限等により、医療費助成制度に非該当となられた際は「医療費助成制度該当届(終了)」として提出して下さい。
 3. FR健康保険組合に加入されていない方については、お届け不要です。
 4. ご家族で医療費助成制度に該当の方が複数いらっしゃる場合は、お一人につき1枚該当届をご記入ください。(FR健康保険組合に加入されている方に限ります)

送付先
〒135-0063
東京都江東区有明1-6-7
FR健康保険組合 宛