

健康保険 公費負担医療受給（停止）届

届出	令和 年 月 日									
被 保 險 者	被 保 險 者 等			氏 名			所 属 事 業 所	TEL () - (内) - ()		
	記号	番 号								
				生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成		現住所	〒	-	TEL () - ()

届 出 該 当 者	氏 名	続柄	生 年 月 日			公 費 の 名 称	届出区分	異動年月日			備 考
			年	月	日			年	月	日	
	フリガナ -----		昭和 平成 令和			乳幼児（こども）医療 重度身体障害者医療 その他（ ）	受給開始 受給停止	平成 令和			
	フリガナ -----		昭和 平成 令和			乳幼児（こども）医療 重度身体障害者医療 その他（ ）	受給開始 受給停止	平成 令和			
	フリガナ -----		昭和 平成 令和			乳幼児（こども）医療 重度身体障害者医療 その他（ ）	受給開始 受給停止	平成 令和			

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-------------	--------------------------	--

健 保 組 合	同			決 定 年 月 日		入 力
	常務理事	事務長	担当	年	月	日

(注意事項)

本届出は、直接健康保険組合に提出してください。

受給届の際は、受給者証の写しを添付してください。

受 付 印