

健康保険 公費負担医療受給（停止）届

届出	令和 年 月 日					
被 保 険 者	被 保 険 者 等		氏 名		所 属 事業所	Tel () (内)
	記号	番 号				
			生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	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
	フリガナ		昭和 年 月 日 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	伺			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