健康保険　公費負担医療受給（停止）届【停止届の記入例】

届出	令和　３年　６月　１日

被保険者	被保険者等 記号	被保険者等 番号	氏名	健康　太郎	所属事業所	○○○○（株）○○部　○○担当 TEL（０００）１２３４ － ５６７８　（内線　８８８ － ９８７６）
	２０	５５５５５５	生年月日	昭和（○）／平成　５０年　１０月　１５日	現住所	〒　０００－１２３４　TEL（０００）９８７ － ６５４３ 広島市○○区○○町○○番○○号　○○マンション１０１号

届出該当者 氏名	続柄	生年月日	性別	公費の名称	届出区分	異動年月日	備考
フリガナ　ケンコウ　イチロウ 健康　一郎	子	昭和／平成（○）／令和　２０年　４月　２５日	男（○）／女	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（○）　３年　４月　１日	
フリガナ		昭和／平成／令和　年　月　日	男／女	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		令和　年　月　日	男／女	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	

被保険者が必ず記入してください。
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

被保険者確認欄	☑	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	

受付印

（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。

中国電力健康保険組合