健保使用欄	常務理事	事務長	担当

被保険者
家　族　医療費助成制度　受給資格取得届

提出日	令和　　年　　月　　日

被保険者等記号・番号	記号 番号	被保険者氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
被保険者住所	〒 電話　（　）	所属及び部署名	電話　（　）		社員番号					
受給対象者氏　名（医療費助成制度を利用する人）	ﾌﾘｶﾞﾅ 電話　（　）	被保険者との続柄		受給対象者生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
		受給資格取得日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日			（新規・更新）				

公費負担による医療費助成制度には、国の各種法律に基づく制度と各地方公共団体の条例に基づくものがあります。

医療費助成制度 ※あてはまるものに〇	1 乳幼児・子ども医療費助成制度 2 障害者・重度心身障害者医療費助成制度 3 ひとり親等医療助成制度 4 小児慢性・特定疾患治療研究事業医療助成制度 5 その他 （　　）
医療費助成制度内容 ※あてはまるものに〇	1 医療機関の窓口で支払がない 2 医療機関の窓口で支払がある → a　受診1回につき　　円負担・月　　円 b　受診1回につき　　割負担 c　その他（　　）

【医療証（写）ここに添付　もしくは本紙にホチキスで添付】

【送付先】

〒532-0003　大阪市淀川区宮原4-1-6　アクロス新大阪10階

東和薬品健康保険組合

受付日付印