

常務理事	事務長	担当者

豊田通商健康保険組合 御中

医療費助成制度該当(新規・変更)届

(心身障がい者医療、ひとり親医療、妊産婦医療等)

提出年月日 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	—	勤務先名称及び 事業所名	
被保険者 氏名		被保険者 連絡先	(TEL) (メールアドレス)

【提出書類】 ※市区町村発行の「医療証」または「医療費受給者証」のコピー(表と裏)を添付して下さい。

【注意事項】

- ・助成受給者1名ごとに該当届を1枚記入してください。
- ・助成内容に変更または受給が終了した場合は、豊田通商健康保険組合に必ず届出を提出ください。
- ・医療費の自己負担(20,000円以上)をされた方は、必ずご連絡願います。(付加金支給の対象になります。)

※届出の遅延により、付加金を支給した場合は、受給開始年月日より返納していただきます。

《添付》