

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日		
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

## 医療費助成制度該当届

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	申請日	年 月 日		
	記号	番号	被保険者 氏名	電話番号			
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	生年月日		年 月 日
	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）を添付してください。

【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》