

常務理事	事務長	担当者

豊田通商健康保険組合 御中

医療費助成制度不該当届

(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)

不該当になった医療費助成	<理由> 該当理由に○をしてください。
	① 所得区分等の関係で助成が終了した場合
	② 居住地変更により助成が終了した場合
助成不該当年月日(助成を受けなくなった日)	③ 助成要件に非該当となり助成が終了した場合
令和 年 月 日	④ その他()

【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。