

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

医療費助成制度不該当届

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	生年月日		
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
	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。
	<input type="checkbox"/> 所得区分等の関係で助成が終了した場合
	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。