

## 公費負担医療制度および医療費助成制度該当連絡シート

健康保険組合の被保険者または被扶養者のいずれかに該当される方で、乳幼児・心身障害者医療等の公費負担医療制度もしくは医療費助成制度の受給対象者になられている方、また新たに対象者になられた方は下記内容をご記入のうえ受給者証のコピー（両面に記載のある証は両面ともコピー）を添付して健保組合までご提出下さい。

① 会社名	
② 保険証の記号・番号	(記号) 1 (番号)
③ 被保険者氏名	連絡先TEL
④ 居住の市区町村	都・道・府・県 市・区 町 村
⑤ 受給対象者名等	(氏名) (続柄) (生年月日) 昭・平・令 年 月 日 (性別) 男・女
⑥ 受給の制度名称	(例) 品川区乳幼児医療費受給資格等
⑦ 負担者番号	
⑧ 受給者番号	
⑨ 有効期限	(始期) 年 月 日 (至期) 年 月 日
⑩ 備考	(例) 健保の高額及び附加金を除いた自己負担のみ扶助される、一部負担がある等医療費の助成の内容をご記入下さい。

<提出先>

住友重機械健康保険組合 給付担当

TEL : 03-6737-2387 / FAX : 03-6866-5141