

医療費助成制度 受給資格 取得・変更・終了届

【お願い】

- この申請書は、対象者毎にご提出ください。
- 新規や変更でご提出される場合は、医療費助成受給者証のコピーを貼り付けてご提出ください。
- 終了の場合は貼り付けの必要はありませんが、終了通知がございましたらコピーを添付ください。
- 乳幼児医療および子ども医療助成については、提出の必要はありません。

常務理事	事務長	担当	担当

提出日	× 年 × 月 × 日
-----	-------------

被保険者証等記号・番号	記号	XXXX	番号	XXXXXXXX	被保険者氏名	住重 健太
事業所名・所属	株式会社 OOOO △△部					
電話番号またはメールアドレス	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : XXX-XXXX-XXXX メールアドレス : ###-#####@#####.###					
助成対象者の氏名 続柄(長男、二男等)	住重 康男	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 { 長男 }	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	XX 年 XX 月 XX 日	
助成対象者が住民登録をする 都道府県・市区町村名	OO県△△市					
申請内容 ※該当する内容にチェック	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input checked="" type="checkbox"/> 終了	該当年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	6 年 8 月 1 日
変更または終了の理由	XXXXXXXXの為					

添付書類貼り付け欄

【書類送付先】
〒141-6025
東京都品川区大崎2-1-1 ThinkPark Tower
住友重機械健康保険組合 給付担当 宛