ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主　任	担　当

資格取得日	平成　令和　　年　　月　　日
資格喪失日	令和　　年　　月　　日
扶養認定日	平成　令和　　年　　月　　日

ルネサス健康保険組合 御中

医療費助成対象者（登録・更新・終了）届出書

提出日	令和　　年　　月　　日

被保険者情報　※枝番（-00）記入は不要です。

被保険者の記号・番号（右詰め）												被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和　平成　令和　年　月　日
記号				番号											
社　名													従業員番号	日中の連絡先　電話番号	

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日

医療費助成の種類（選択ください）	医療費助成期間	
1.乳幼児医療費助成（小学校入学前） 2.こども医療費助成（小学校以上） 3.障がい者医療費助成 4.ひとり親家庭医療費助成 5.特定疾患（難病）医療費助成 6.老人医療費助成 7.その他上記以外の理由 （　　）	助成開始年月日（有効期間開始日）	令和　　年　　月　　日
	助成終了年月日（有効期間満了日）	令和　　年　　月　　日

医療費助成内容（選択ください）
1.医療機関での窓口負担がない（入院のみ・通院のみ・入院通院すべて）
2.医療機関での窓口負担がある（入院のみ・通院のみ・入院通院すべて）

有効期間満了以外の終了理由（選択ください）	1.住所移転による制度廃止 2.所得制限（基準額超過） 3.その他の理由（　　）

【添付書類】
登録・更新の場合は、都道府県・市区町村発行の医療費助成受給者証**（氏名・助成内容・開始日・終了日・負担上限額のわかる記載部分）の写し**を添付ください。

＜注意事項＞
①該当者1名ごとに1枚ご提出ください。
②一定期間毎に更新がある場合は更新の都度、ご提出ください。
③有効期間満了以外に助成がなくなった場合は終了届としてご提出ください。（予定通りに終了した場合は届出不要）

＜書類の送付先＞
ルネサス健康保険組合　郵送：［〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1］
社内便：［（む）ルネサス／＃H1S2／健保］

ルネサス健保使用欄

公費区分	健保インプット

健保受付日付印