

ルネサス健保使用欄

常務理事	事務長	主任	担当
資格喪失日	令和	年	月 日
扶養認定日	平成	令和	年 月 日

この届出書は、公的機関(市区町村等)から医療費の自己負担の補助を受けている場合に届け出するものです。

健保使用欄です。記入しないでください。

ルネサス健康保険組合 業務係 御中

医療費助成対象者(登録・更新・終了)届出書

記入例

提出日 令和 ○ 年 月 日

基本情報

枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号(右詰め)										被保険者氏名		フリガナ		生年月日						
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7	令和	太郎	フリガナ	レイワ	タロウ	昭和	平成	50	1	1
社名										連絡先		日中の連絡先		電話番号						
ルネサスエレクトロニクス										12345678		03-1234-5678		080-1234-5678						

保険証を確認の上、正確に記入してください。

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	レイワ	ハナコ	続柄	長女	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)		助成開始年月日(有効期間開始日)		令和		年		月		日		
2.子ども医療費助成(小学校以上)		助成終了年月日(有効期間満了日)		令和		年		月		日		
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()												
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・終了日のわかる記載部分)の写しを添付ください。												

<注意事項>

- 該当者1名ごとに1枚提出ください。
- 一定期間毎に更新がある場合は更新の都度提出ください。
- 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