

被保険者 各 位

現在、各市区町村では「子ども医療費助成事業」が実施されています。

申請方法・助成金の支給方法・支給される限度額・助成期間などは、各市区町村によって違いはありますが、この医療助成事業に該当した場合は必ず健康保険組合に別紙の子ども医療助成届に 必要事項をご記入のうえ医療証の写し(コピー)を添付して提出して下さい。

※子ども医療助成を所得制限等で対象でなくなった場合、必ず健康保険組合までご連絡下さい。
※転居等により、市区町村の変更があったときは健康保険組合までご連絡ください。

| 乳 医療費受給者証 | | |
|--|------------|----------|
| 負担者番号 | 8 8 | |
| 受給者番号 | | |
| 受給者 | 住所 | |
| | 氏名 | 男・女 |
| | 生年月日 | 令和 年 月 日 |
| 有効期間 | 令和 年 月 日から | |
| | 令和 年 月 日まで | |
| 上記の者は、〇〇市 小児の医療費の助成に関する条例により医療費の一部を〇〇市が助成するものであることを証明する。 | | |
| 〇〇県 〇〇市長 印 | | |
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 | |



小田急グループ健康保険組合
〒 151-0061
東京都渋谷区初台1-47-1
TEL 03-3372-3862

| | | | | |
|------|-----|----|------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長代理 | 担当 |
| 記入見本 | | | | |

子ども医療助成届

| | | | | | |
|--|-----------------|-----------------------------------|----|---|----|
| 被保険者証の記号・番号 | 510 - 500 | | | | |
| 被保険者氏名 | 東京 太郎 | | | | |
| フリガナ | トウキョウ ジロウ | | 続柄 | 長男 | |
| 対象となるお子様の氏名 | 東京 次郎 | | | | |
| 対象となるお子様の生年月日 | 2019 年 4 月 15 日 | | | | |
| 子ども医療助成制度の対象年齢 | 入院 | 12歳 15歳 | の | 小学校卒業 中学校卒業 誕生日の月末 その他() | まで |
| | 入院外 | 6歳 9歳 12歳 15歳 その他(歳) | の | 小学校就学前の3月末日 ()年生の3月末日 小学校卒業 中学校卒業 その他() | まで |
| ※上記、対象年齢の記入につきましては、お住まいの市区町村の医療助成内容を確認の上、該当する箇所を○で囲んでください。その他の場合()の中に具体的な数字を記入してください。 | | | | | |
| 医療助成の対象となる市区町村名 | 東京 | 都・道・府・県 | 新宿 | 市・区・町・村 | |
| 小田急グループ健康保険組合 殿 | | | | | |
| 上記のとおり、市区町村より子ども医療助成対象となりましたので届出します。 | | | | | |
| 2019 年 5 月 1 日 | | | | | |
| 住所 | 東京都渋谷区初台 ○-○-○○ | | | | |
| 被保険者名 | 東京 太郎 | | | | |

- 1.対象のお子様が医療機関で受診の際は、必ず健康保険証とともに医療証を提示してください。
- 2.多胎児の場合は各自対象となるお子様1名ずつ提出してください。
- 3.所得制限等で市区町村の医療助成対象ではなくなったときは、速やかに健康保険組合までご連絡ください。□□
- 4.転居等により市区町村変更があったときは助成内容が変わることがありますので健康保険組合までご連絡ください。
- 5.対象のお子様が、お住まいの市区町村以外で入院等で窓口負担をした場合、健康保険組合までご連絡ください。