

子ども医療助成届

NO. _____

被保険者証の記号・番号	—			
被保険者氏名	フリガナ			
対象となるお子様の氏名			続柄	
対象となるお子様の生年月日	年 月 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	都・道・府・県		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。				
年 月 日				
住 所				
被保険者名				

1. 対象のお子様は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. 対象のお子様は、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。