J. フロント健康保険組合　御中　　提出日　　年　　月　　日

医療費助成制度該当届（新規・終了）

被保険者情報欄	被保険者等の	記号	番号	氏名	
	住　所	〒　　ー　　TEL　　（　　） ※日中連絡の取れる電話番号を記入してください			

助成対象者情報欄	フリガナ		続柄		生年月日	年　　月　　日
	対象者氏名					
	受給制度 （該当する項目に〇印）	1. ひとり親家庭等医療費助成　　2. 心身障がい者医療費助成 3. 妊産婦医療費助成　　4. その他　（　　）				
	上記制度にいつから該当ですか	年　　月　　日	※お手持ちの医療証の有効期限や交付日ではなく、上記制度をを最初に該当となった日をご記入下さい			
	上記制度が終了した場合	年　　月　　日	※医療費助成制度が終了した場合その年月日をご記入下さい。			
	この申請書を提出する理由	1. 医療費助成の該当となった（新規の認定） 2. 以前より医療費助成の該当であったが未届けであった 3. J. フロント健康保険組合に加入した 4. 医療費助成が終了した				

●市区町村等発行の「医療証（表・裏）」のコピーを必ず添付して下さい。

●市区町村からの医療費助成と健保からの給付金が重複していたことが後日判明した場合、
給付金の返還請求が生じますので、届出もれの無いようご注意ください。

【注意事項】

1　15歳以下のお子様については、医療費助成の対象とする自治体が一般的となっていることから、当健康保険組合の自動給付を停止しております。
　15歳以下のお子様で医療費助成を受けている場合は提出不要です。医療費助成を受けれない場合にのみ提出してください。

2.　本人が該当する場合も、「助成対象者情報欄」に記入して下さい。

3.　所得制度等により、医療費助成制度に非該当となられた際は「医療費助成制度該当届（終了）」として提出して下さい。

4.　ご家族で医療費助成制度に該当の方が複数いらっしゃる場合は、お一人につき1枚該当届をご記入ください。