

年 月 日提出

乳幼児(子ども)医療費助成 該 当 ・ 非該当 届

新規 変更 (どちらかに○をつける)

被 保 険 者 氏 名		被保険者証の記号・番号		所 属		内線番号	
		—				—	
対 象 者 氏 名	対象者生年月日	続 柄	※ 助 成 期 間 (健保使用欄)				
	年 月 日		入院	才まで	年 月 日より	年 月 日まで	
			外来	才まで	年 月 日より	年 月 日まで	
	年 月 日		入院	才まで	年 月 日より	年 月 日まで	
			外来	才まで	年 月 日より	年 月 日まで	
	年 月 日		入院	才まで	年 月 日より	年 月 日まで	
			外来	才まで	年 月 日より	年 月 日まで	
対 象 者 住 所 (住民票をおいている住所)	〒 —						
変 更 年 月 日	年 月 日						
変 更 理 由 (変更される方のみ記入)	1. 転居等の理由により助成内容が変更になったため。 2. 所得制限超過により助成されなくなったため。 3. その他(理由を記入)						

1. 助成内容は市町村によって異なりますので、乳幼児(子ども)医療費受給者証の写しを添付ください。(非該当の場合は不要です)

2. 助成内容に変更があった場合は、速やかに届出書(変更)を再提出してください。

※は健保組合使用欄のため記入は不要です。

北海道電力健康保険組合理事長 殿