**公費負担受給者届**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認  定  伺 | 常務理事 | 事 務 長 | 主　　査 | 担 当 者 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　給　者 | 氏　名 |  | | | | 住　所 |  | | | | |
| 続柄（　　　　） | | | |
| 生年月日 | | | 年　 　 月 　　 日 | | | | 性　別 | | 男　・　女 | |
| 公費の種類 | 該当するものに○印を付けてください。  ・結核予防法 　　　　　・精神衛生法 　　　　　・老人医療  ・生活保護法 　　　　　・母子保健法 　　　　　（70歳以下の人のみ）  ・身体障害者福祉法 　・乳幼児医療 　　　　　・小児慢性疾患  ・児童福祉法 　　　　　・特定疾患 　　　　　・都道府県の助成事業  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 受給期間 | | | 年　　 月　　 日　～　　 　 年　　 月　　 日 | | | | | | | | ・　期限なし |
| 病　　名 | | | ・公費の対象となる疾病  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | ・すべての疾病 | | |
| 自己負担 | | | 有　　負担額 | | （　　　　　　　　　円） | | | | 無 | | |
| 負担割合 | | （　　　　　　　　　割） | | | |
| 上記自己負担「有」の人のみ記入 | | | ・自己負担を支払い、後日区市町村へ申請しているか。 | | | | | | | | |
| いる | | ⑴ 毎月  ⑵ 公費負担を受けはじめた月のみ  ⑶ その他（　　　　　　　　　　　　　　）  ※⑴～⑶いずれかに○印 | | | | | | * いない |

年　 月 日

東京電力健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | HD　・　PG　・　RP　・　EP |
|  | 基幹事業会社 | \*該当の基幹事業会社に〇をつけてください |
| 被保険者 | 所属事業所名 |  |
| 社 員 番 号 |  |
| 現　住　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
|  | 連 絡 先  (内 線) |  |

※押印は廃止となっております。