

【記入例】

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	健 保 太 郎 続柄 (長男)		住 所	東京都大田区南雪谷〇-〇-〇	
	生 年 月 日	2020 年 1 月 5 日		性 別	⊙ 男 ・ 女	
公 費 の 種 類	該当するものに〇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	2024 年 1 月 1 日 ~ 2024 年 12 月 31 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) 負担割合 (割)			⊙ 無		
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		(1) 毎月 (2) 公費負担を受けはじめた月のみ (3) その他 () ※(1)~(3)いずれかに〇印		・ いない	

2024 年 1 月 10 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

所属事業所名 オフィスサービスセンター〇〇グループ

社員番号 112222

被保険者

現住所 東京都大田区南雪谷〇-〇-〇

氏 名 健保 花男

連絡先 (内線) 955-12345

※押印は廃止となっております。