

公費負担受給者届

【記入例】

| | | | | |
|---------|------|-----|-----|-------|
| 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 | 大田区南雪谷〇—〇—〇 | |
| | 生年月日 | 2015年 1月 5日 | | 性 別 | Ⓐ ・ 女 | |
| 公費の 種類 | 該当するものに〇印を付けてください。 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 結核予防法 ・ 生活保護法 ・ 身体障害者福祉法 ・ 児童福祉法 ・ その他 () | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神衛生法 ・ 母子保健法 ・ 乳幼児医療 ・ 特定疾患 | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 老人医療 (70歳以下の人のみ) ・ 小児慢性疾患 ・ 都道府県の助成事業 | |
| 受給期間 | 2018年 1月 1日 ~ 2018年 12月 31日 | | | | | ・ 期限なし |
| 病 名 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 公費の対象となる疾病 () | | <ul style="list-style-type: none"> ・ すべての疾病 | | | |
| 自己負担 | 有 負 担 額 (円) 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 { (1) 毎月 (2) 公費負担を受けはじめた月のみ (3) その他 () } ・ いない ※(1)~(3)いずれかに〇印 | | | | | |

東京電力健康保険組合理事長 殿

2018年 1月5日

| | | | |
|----------------|-------------|---|---------------|
| 所属事業所名 | HD 本社 | | |
| 被保険者証 記号・番号 | 100 | — | 1122222 |
| 現住所 | 大田区南雪谷〇—〇—〇 | | |
| 氏 名 | 健 保 花 男 | Ⓐ | 内線(91-0000) |