

事業主 (所) 記載欄 適用事業所記号		
------------------------	--	--

健保担当の方が
記入願います

被保険者
家族 **医療費助成制度 受給資格取得届**
該当する方に○印をつける

電話		電話	
事業主 (所) 健保責任者	事業主 (所) 健保担当者	所属上長	庶務係

当健保では、保険診療の窓口支払い額が一定額以上を超えた場合、給付金をお支払いする付加給付制度があります。正しく計算するため、被保険者または被扶養者の方で病院での窓口支払が免除または一部免除されている方は、本紙の提出をお願いいたします。

被保険者証 (記号-番号)		被保険者氏名		会社名	
100 - 1234567		東芝 太郎		(株) 東芝	
所属	○○部 □□課		連絡先	TEL : XXX-XXX-XXXX または 内線 : 7-XXXXX	
受給対象者	氏名	東芝 花子		続柄	二女
	生年月日	S・H・R	XX年 XX月 XX日	受給資格取得日	S・H・R XX年 XX月 XX日 (新規・更新)
<p>[医療証(写)をここに貼付</p> <p>もしくは</p> <p>本紙にホチキスで添付]</p>					

※ 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に記載の利用目的以外には使用いたしません。

[提出先について]

在職中の方は…

- ・お勤めの会社の健保担当者 経由でご送付ください。

任意継続・特例退職者の方は…

- ・以下住所へご送付ください。

送付先：〒212-8577 神奈川県川崎市幸区小向東芝町1番地 東芝健康保険組合 適用給付担当宛