

事業主(所)記載欄		
適用事業所記号		

被保険者  
家 族 **医療費助成制度 変更・終了 届**

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、給付金を支給する付加給付制度があります。正しく計算するため、被保険者又は被扶養者の方で医療助成資格について変更・終了等がありましたら、本紙の提出をお願いします。

被保険者証(記号一番号)		被保険者氏名		会社名	
—					
所属			連絡先		
受給対象者	氏名			続柄	:
	生年月日	S · H · R	年	月	日
変更・終了理由 (いずれかに○をし、④の場合は別途理由を記述)		① 住所が変わった ② 所得が変わった ③ 終了した ④ その他			
④ その他の理由					
変更・終了年月日	H · R	年	月	日	
<p><b>[ 変更後の医療証(写)をここに貼付</b></p> <p>もしくは</p> <p><b>本紙にホチキスで添付 ]</b></p> <p>※資格終了の場合は、添付不要</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]

一般者の方は…

- ・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