K3110-Q

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　受給資格取得届** | 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 | | |
| ― | | | |  | |  | | |
| 所　属 | |  | | | 連絡先 | |  | |
| 受給対象者 | 氏　　名 | |  | | | 続　柄 | |  |
| 生年月日 | | S・H・R　　　年　　　月　　　日 | | | 受給資格取得日 | | S・H・R　　　年 　　　月 　　　日  （　新規　・　更新　） |
| **[　医療証(写)をここに貼付**    **もしくは**  **本紙にホチキスで添付　]** | | | | | | | | |

* 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