K3110-R

|  |
| --- |
| 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－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
2. その他
 |
| ④　その他の理由 |  |
| 変更・終了年月日 | Ｈ　・　Ｒ　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| **[　変更後の医療証(写)をここに貼付****もしくは****本紙にホチキスで添付　]**※資格終了の場合は、添付不要 |

※　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