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