

GL	担当

医療費助成制度該当届

▶ 被保険者

記入日：令和 年 月 日

保険証 記号		保険証 番号		事業所名	
氏名	フリガナ			日中、連絡の取れる電話番号	
				— —	
現住所	〒				

▶ 助成対象者（被保険者・被扶養者）

※ 子ども医療、自立支援医療（精神通院）、特定医療費（指定難病）については届出不要です

氏名	フリガナ		生年月日	昭・平・令	続柄
				年 月 日	
受給制度	該当する 項目に☑	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成 <input type="checkbox"/> その他			
		<input type="checkbox"/> 心身（精神）障がい者医療費助成 <input type="checkbox"/> 妊産婦医療費助成 ※自治体により名称が異なる場合があります			
助成期間	平・令 年 月 日 ~		平・令 年 月 日		
助成内容	通院	<input type="checkbox"/> 医療費負担なし <input type="checkbox"/> 医療費負担あり <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	入院	<input type="checkbox"/> 医療費負担なし（食事代は除く） <input type="checkbox"/> 医療費負担あり <input type="checkbox"/> その他（ ）			

トヨタ関連部品健康保険組合に提供された該当者の個人情報については、給付金の受給過誤を防止する目的以外に使用することはありません。

【添付書類】

自治体発行の「受給者証」または「医療証」両面写し

※裏面に貼付

【注意事項】

- 当健保の給付金受給過誤を防止するため、自治体に医療費助成内容について確認を取る場合がございます。
- 医療費助成と当健保からの給付金（高額療養費・付加金）が重複していたことが判明した場合、給付金を返金していただきますので、あらかじめご了承ください。

受付印

《添付書類》 自治体発行の「受給者証」または「医療証」両面写し

※証書の名称は自治体によって異なる場合があります

のり等で両面の記載内容が見えるよう貼付してください

貼付欄

提出先
問合せ先

【提出ルート】 本人 → 会社の人事担当者 または 健保組合へ郵送

トヨタ関連部品健康保険組合 資格給付グループ

〒471-0026 愛知県豊田市若宮町2-66 豊田グランドビル2F

TEL : 0565-41-7412