

選択肢の有る項目は
該当を○で囲む

(未就学児 申請用)

医療費助成 不該当 (新規・更新・終了) 登録届

★ 未就学児で、市区町村による医療費助成の対象にならない方は申請をしてください。
健康保険被保険者証に記載されている場合は、速やかに 終了 の申請をしてください。
「記号」と「番号」を記入 〇印 を付けてください。

健康保険被保険者証		提出日	令和 2 年 4 月 15 日			
記号	7 6	番号	7 6 5 4 3	被保険者氏名	富士 太 朗	
被扶養者氏名 (未就学児)	富士 健 輔		生年 月 日	平・ <input checked="" type="checkbox"/> 令 2 年 9 月 10 日	市区 町村名	北足柄 <input checked="" type="checkbox"/> 市・区 町・村
申請理由	1. <input checked="" type="checkbox"/> 所得制限により助成対象外になった (期間延長も含む) 2. 健保給付金を優先させるため (残りの自己負担額は市区町村が助成)					
不該当 となった 年月日	新規・更新	令和 2 年 10 月 1 日 ~	※申請理由により記入日が異なります (下記参照)			
	！注意！ 記入期間等	※理由1：所得制限該当年月日 理由2：誕生年月日 をそれぞれ記入 ※理由1の場合は所得制限該当年月から1年間、理由2の場合は誕生年月日から6歳到達年度の3月末日日までが有効期間となります。				
終了年月日	終 了	令和 年 月 日まで (今後は医療費助成に該当)				

記入誤りに
注意！！

【添付書類】申請理由に応じて下記の書類を添付してください。(終了届の場合は不要)

- ①所得制限：「医療費助成不該当(却下)通知(写)」または「所得制限等、市の基準が判る物(HPの写等)+被保険者の所得が判る物(写)」
- ②健保優先：市の制度が健保優先であることが判る物(HP内の制度説明や逐条解説の該当部分写等)

市区町村役場で証明(上記添付書類がご用意できない場合)

市 区 町 村 証 明 欄	上記 被扶養者に対し市	※ 未就学児で「乳幼児医療証の交付を受けた」等により医療機関での自己負担金が生じていない方は、申請不要です。 ※ 就学後、助成を受けている場合は、『(義務教育就学~74歳用)医療費助成資格取得届』の提出が必要になります。 ※ 不該当期間が延長になった場合は「更新」の申請が必要です。
	1. (所得制限等) 医療理由： 助成しない期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄	
	2. (健保優先) 健保給付金を控除して医療費助成を行っている 令和 年 月 日 市区町村名 証明担当者氏名	(印)

* 市区町村からの医療費助成と健保からの給付金が重複していたことが後日判明した場合、給付金の返還を請求させていただきますのでご注意ください。

事業所担当者 確認印
←任継・特退 の加入者は 押印不要

≪申請書の流れ≫

