

(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。
- ★ 医療費助成を受けられるようになった場合は、速やかに 終了 の申請をしてください。
- ★ 選択肢のある項目は、必ず いずれかに ○印 を付けてください。

健康保険被保険者証		提出日	令和 年 月 日
記号	番号	被保険者氏名	
被扶養者氏名 (未就学児)	生年 月 日	平・令 年 月 日	市区 町村名
申請理由	1. 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 年 月 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日から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)	

【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	未就学児 医療費助成に関する証明	
	上記 被扶養者に対し市区町村の 医療費助成の取扱いは下記の通りとなります。	
	1. (所得制限等) 医療費助成を行っていない 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》

