富士フイルムグループ健康保険組合　御中

（義務教育就学～74 歳 申請用）
医療費助成資格取得（新規・更新・終了）届

↑ いずれかに○印

★ 市区町村より医療費の助成を受けることになった場合や、助成内容に変更があった場合は(有効期間中の終了等)、速やかに申請してください。
★ 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。

添付書類：助成の内容が判る物の写し（例：市区町村発行の「医療証**(両面)**」や「通知書」等）で、医療機関窓口での一部負担金の有無や負担額 及び 助成期間 等が明記されているもの

提出日：令和　　年　　月　　日

健康保険被保険者証				被保険者氏名		
記号		番号				
連絡先 TEL		—	—		会社・自宅・携帯	

受給対象者	氏　名	
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
医療費助成の種類 （保険診療以外の費用は助成の対象になりません（例：検診･予防接種等））		1. 児童への助成 2. ひとり親家庭への助成 3. 重度心身障がい者への助成 4. 妊産婦への助成 5. その他（助成の種類：　　）
受給（有効）期間		令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで
申請理由		1. 新たに医療証が発行された為（妊娠・転居 等） 2. 医療証が更新・再発行された為 （所得制限の見直し・助成期間の延長 等） 3. 受給(有効)期間中に助成が終了した為　※3 は添付書類不要 （転居先では制度が異なり助成対象外になった 等） 4. その他（変更等の内容：　　）
発行機関名称（市区町村名）		都･道･府･県　　市･区･町･村 問合せ先ＴＥＬ：

＊ 住所が変更になった方は、別に「住所変更・別居・同居申請書」の提出が必要です。
提出方法等の詳細は「健保ホームページ」又は「健康保険ガイド」をご覧下さい。

＊ 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、給付金の返還請求が生じますので、申請モレの無いようご注意ください。

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≫

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保担当部門〔ＦＦＢＸ・給事セ・総務・人事等〕 → 健保組合

任意継続・特例退職 の方 → 健保組合

※ 傷病名等の個人情報保護の観点から、在職中でも健保への直送を希望される方は、事業所担当者確認印は不要です。
健保組合の医療費助成担当へ、社内メールまたは郵送でご提出ください。