

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

コムシスホールディングス健康保険組合 御中

公費・子ども医療費等助成確認届

申告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ① 被保険者（社員）保険証の記号・番号・枝番（枝番がない場合は記入不要）

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| 記号 - 番号 - 枝番 (枝番がない場合、00と記入) | — | — |
|---------------------------------|---|---|

- ② 被保険者（社員）の氏名

| | |
|----|--|
| 氏名 | |
|----|--|

- ③ 対象の氏名（フリガナ）

| | |
|------|--|
| フリガナ | |
| 氏名 | |

- ④ 対象者の生年月日

| | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

- ⑤ 該当する公費

| | | | | |
|------------|--------|-----------|--------|---------|
| 1. 乳幼児 | 2. 子ども | 3. ひとり親家庭 | 4. 障害者 | 5. 特定疾病 |
| 6. その他 () | | | | |

- ⑥ 市区町村で発行された受給者証の名称

| |
|--|
| |
|--|

- ⑦ 市区町村で発行された受給者証の有効期間

| | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|----|---|---|---|
| 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 令和 | | | | | 令和 | | | |

- ⑧ 受給内容：A～Eの中から選択し、アルファベットに○をご記入ください

A：医療機関での窓口負担は入院・外来ともに無料になる

B：医療機関での窓口負担は入院のみ無料になる

C：医療機関での窓口負担は外来のみ無料になる

D：医療機関での窓口負担あり（ただし、市区町村へ申請すれば全額助成される）

負担割合： _____ 割

月額上限金額 外来： _____ 円 入院： _____ 円

E：その他 [_____]