


医療費助成制度 該当届 (登録 ・ 更新 ・ 削除)

保険証記号・番号		—	被保険者名	* 自筆の場合は押印不要 
所属部署	会社略称	(退職者は記入不要)	部門名	(退職者は記入不要)
連絡先	メールアドレス		TEL (トールまたは外線)	
受給対象者	カナ		続柄	(例: 本人、妻、長男 など)
	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
	受給資格 取得日	平成 令和 年 月 日	(新規 ・ 更新)	
届出理由	<p>①自治体(都道府県・市区町村)から助成受給者証が発行されたため</p> <p>②以前から助成受給者証を持っていたが、今回他健保または国保から加入してきたため</p> <p>③助成受給者証が更新された (a. 助成期間の更新 b. 住所変更による更新 c. 制度変更による d. その他())</p> <p>④助成対象者から外れたまたは助成期間終了 削除(終了)日: 令和 年 月 日 (a. 助成期間終了 b. 所得制限による c. 住所変更による d. 制度変更による e. その他)</p> <p>⑤その他()必ず記入</p>			

【 医療証(受給者証)のコピーを本届出に添付してください】

(届出理由④の場合は、添付不要です)

>届出方法

『医療費助成制度該当届』に必要事項を記入し、市町村等発行の『医療証(受給者証)』表・裏のコピーと一緒にご提出ください
医療証の更新、助成内容の変更(更新)、住所の変更をされた方、新たな内容の届出をご提出下さい。

>申請書の提出先 : オムロン健康保険組合 給付担当

社内便 ロケ: K 部門: 健保

郵送 〒600-8530 京都市下京区塩小路通堀川東入 オムロン健康保険組合

メール healthy-kenpo@omron.com

『医療費助成制度該当届』に必要事項を記入し、医療証(受給者証)のコピー(PDF)表・裏を添付して送信してください

[健保記入欄]

※通院と入院で助成期間が異なる場合はそれぞれの期間を記入	
助成期間 (有効期限)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (通院 ・ 入院 ・ 両方)
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (通院 ・ 入院)

受付印