

## 医療費助成制度に関する届

横浜ゴム健康保険組合 御中

令和 2 年 5 月 1 日 提出

当健保では、保険診療の窓口支払い額が一定以上を超えた場合、給付金をお支払いする付加給付があります。正しく計算するため、被保険者又は被扶養者の方で病院での窓口支払い額が免除又は一部免除されている方は、本紙の提出をお願いいたします。

被保険者証 (記号 - 番号)		被保険者名		勤務先(工場名)	
1300 - ****56		横浜 健		横浜ゴム(株) ○○工場	
受給対象者	氏名	横浜 華		続柄	長 女
	生年月日	昭和 平成 2 年 4 月 5 日 令和	受給資格 取得日	平成 令和	2 年 4 月 5 日
医療費助成を 受けなくなった日	非該当日	平成 年 月 日 令和		氏名	
	理由	① 住所変更    ② 所得が変わった    ③ 終了した    ④ その他 ④ その他 理由 ( )			

助成の内容がわかるように「医療証(写)」は  
**表側と裏側**を貼ってください。

※助成内容がわかるように貼付してください。(裏表 等)

貼 付

### 【注意事項】

- 1 本届出遅延により既に付加給付を支払っている場合は返納していただきます。
- 2 更新手続きを行い、受給期間が延長になった際は再度届出してください。
- 3 所得制限や対象年齢の変更等で医療費助成が停止となった時は、本届出を提出してください。届出がない場合、付加給付が支払われないことがあります。