

記入例① 助成を受けている時
受給者証の写しを添付して届出ください

受付印

公費番号	常務理事	事務長	係長	係員
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 終了				

該当に✓を付けて⇒
ください

被保険者
被扶養者

公費医療助成届

◆ **全員記入** ボールペンで ◆ およびAまたはBどちらか該当する方の太枠内をご記入下さい。

被保険者	記号番号	被保険者氏名	被保険者住所
	〇〇-〇〇〇〇	被保険者(従業員)の氏名、住所をご記入ください	
受給者	受給者氏名	続柄	受給者生年月日
	医療助成を受けている方の氏名、続柄、生年月日をご記入ください		
	受給者住所		
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と相違(住所をご記入下さい) →			

A. 助成を受けている時 … 必ず受給者証の写しを添付して下さい

助成制度 (下記公費一覧 より選択)	(公費番号) 〇〇	新規・更新の別 (どちらかに✓) <input type="checkbox"/> 新規…今回初めて認定された <input checked="" type="checkbox"/> 更新…これまでの受給者証の有効期限が満了し、引き続き認定された
認定したのは	国・都道府県・市町村 (〇〇 都・道・府 県・市・町・村)	
障害年金	受給している ・ 受給していない ← 該当に○を付けてください	
助成期間	(受給者証に記載の通り) ★ 助成期間が更新された時は、再度届出下さい 令和 受給者証に記載されている期間をご記入ください 月 日	
助成内容 について	医療機関での窓口負担について該当する番号と該当する項目に○を付けて下さい。	
	1. 特定の病院・病気にかかわらず全く払っていない	
	2. 自立支援(精神通院)や特定医療費(指定難病)などの助成で 認定傷病名について(払っていない ・ 窓口負担はあるが上限額がある)	
	3. 市区町村の福祉医療(ひとり親や障がい者医療など)で、窓口で一定額(ex. 500円/月など)のみの支払い	
	4. 窓口で全額返金(医療費の窓口負担について、該当する項目に○を付けてください。 ・ 入院外来とも) (全額返金 該当するものがない場合は、5.その他にご記入ください)	
5. その他()		

B. 助成を受けなくなった時

助成制度 (下記公費一覧 より選択)	(公費番号)	受けなくなった日	令和 年 月 日 (=受給終了日の翌日)
--------------------------	--------	----------	----------------------

<公費助成一覧>

番号	助成内容	番号	助成内容	番号	助成内容
10	結核適正医療	21	自立支援(精神通院)	38	B型・C型肝炎医療
54	特定医療費(指定難病)	52	小児慢性特定疾患医療	88	妊産婦医療
94	障害者医療	95	ひとり親医療	100	その他(助成名: 100の場合は助成名記入)

※その他は助成名をご記入下さい。

<この届出について>

- 被保険者・被扶養者が医療費の助成を受けている場合または受けなくなった場合は届出を提出下さい。
受給期間が更新された場合は、再度提出が必要です。 届出用紙: 健保組合HPから「公費医療助成届」がダウンロードできます。
- 届出の遅延などにより、医療費に対する保険給付金を支給している場合は、返還請求をさせていただく場合があります。
- 提出経路: 被保険者 ⇒ トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付G(社内便可)
 お問い合わせ先: トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付G TEL 0566-26-0305 (内線 811-3066)

個人情報の保護について: この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

公費番号	常務理事	事務長	係長	係員

記入例② 助成を受けなくなった時

該当に✓を付けて⇒
ください

- 被保険者
 被扶養者

公費医療助成届

◆ 全員記入 ボールペンで ◆ およびAまたはBどちらか該当する方の太枠内をご記入下さい。

被保険者	記号番号	被保険者氏名	被保険者住所
	〇〇-〇〇〇〇	被保険者(従業員)の氏名、住所をご記入ください	
受給者	受給者氏名	続柄	受給者生年月日
	医療助成を受けている方の氏名、続柄、生年月日をご記入ください		
	受給者住所		
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と相違(住所をご記入下さい) →			

助成制度 (下記公費一覧 より選択)	(公費番号)	新規・更新の別 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 新規・・・今回初めて認定された <input checked="" type="checkbox"/> 更新・・・これまでの受給者証の有効期限が満了し、引き続き認定された
認定したのは	国・都道府県・市町村 (都・道・府・県・市・町・村)		
障害年金	受給している ・ 受給していない		
助成期間	(受給者証に記載の通り) ★ 助成期間が更新された時は、再度届出下さい 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
助成内容 について	医療機関での窓口負担について該当する番号と該当する項目に○を付けて下さい。		
	1. 特定の病院・病気にかかわらず全く払っていない		
	2. 自立支援(精神通院)や特定医療費(指定難病)などの助成で 認定傷病名について(払っていない ・ 窓口負担はあるが上限額がある)		
	3. 市区町村の福祉医療(ひとり親や障がい者医療など)で、窓口で一定額(ex. 500円/月など)のみの支払い		
	4. 窓口で全額支払い、後日市区町村から返金がある (入院のみ ・ 外来のみ ・ 入院外来とも) (全額返金 ・ 一定額(ex.500円など)を除く残り返金) ・ 半額返金 ・ その他		
5. その他()			

B. 助成を受けなくなった時

受給終了日の翌日をご記入ください

助成制度 (下記公費一覧 より選択)	(公費番号)	受けなくなった日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (=受給終了日の翌日)
	〇〇		

<公費助成一覧>

番号	助成内容	番号	助成内容	番号	助成内容
10	結核適正医療	21	自立支援(精神通院)	38	B型・C型肝炎医療
54	特定医療費(指定難病)	52	小児慢性特定疾患医療	88	妊産婦医療
94	障害者医療	95	ひとり親医療	100	その他(助成名: 100の場合は助成名記入)

※その他は助成名をご記入下さい。

<この届出について>

- 被保険者・被扶養者が医療費の助成を受けている場合または受けなくなった場合は届出を提出下さい。
受給期間が更新された場合は、再度提出が必要です。届出用紙：健保組合HPから「公費医療助成届」がダウンロードできます。
- 届出の遅延などにより、医療費に対する保険給付金を支給している場合は、返還請求をさせていただく場合があります。
- 提出経路：被保険者 ⇒ トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付G(社内便可)

お問い合わせ先：トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付G TEL 0566-26-0305 (内線 811-3066)

個人情報の保護について:この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。