muRata
INNOVATOR IN ELECTRONICS

村田製作所健康保険組合			
常務理事	事務長	確認	担当者

医療費助成制度該当届

届出日：　　年　　月　　日

※マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証のいずれかから確認できます。

被保険者	健康保険記号※	番　号※		事業所	所属コード	
	被保険者氏名			氏名コード	生年月日	
	㊞				昭和　・　平成　・　令和 年　　月　　日	
助成対象者	対象者氏名		性別	男　・　女	続柄	
	生年月日	昭和　・　平成　・令和 年　　月　　日			年齢	満　　歳
	受給制度	制度名称 ※いずれかに○	1．乳幼児医療費助成 3．特定疾患医療費助成 5．心身障がい者医療費助成 7．自立支援医療費助成 8．その他（　　）		2．子ども（義務教育就学児）医療費助成 4．小児慢性疾患医療費助成 6．ひとり親家庭等医療費助成	
		医療証の発行機関	都　道 府　県	市　区 町	区　町 村	
	助成期間（有効期限）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日（通院・入院・両方） 年　　月　　日　～　　年　　月　　日（通院・入院・両方） ※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してください。				
	自己負担	医療機関窓口での自己負担		あり　・　なし		
		自己負担 ありの場合 ※いずれかに○	1．　通常とおり窓口で３割負担（６歳未満は２割負担）をする 2．　定額負担をする　通院１日　　円　（上限月額　　円） 入院１日　　円　（上限月額　　円） 3．その他（　　） □償還払いのため受給券の発行がない場合は☑してください。			

●市区町村等発行の『医療証（表・裏）』のコピーを必ず裏面にのりづけして下さい。

提出先　本社・MK8400（健康保険組合）

【注意事項】

・助成内容に変更および更新があった場合は、『医療費助成制度該当届（変更）』として、また、助成期間の途中で医療費助成が終了された場合は、『医療費助成制度該当届（終了）』として提出してください。

R6.11