

医療費助成制度該当届

【添付書類】自治体等から交付された医療証の両面のコピー

本人記入欄

年 月 日提出

被 保 険 者	記号		番号		所属事業 会社		所属店 部署名			
	氏名						生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所	〒 ー 電話： ()								
助 成 対 象 者	氏名					生年月日	昭・平・令 年 月 日		続柄	
	助成 名称	☐ 乳幼児・こども医療費助成 ☐ ひとり親家庭等医療費助成 ☐ 特定疾患医療費助成（指定難病） ☐ 重度心身障害者医療助成 ☐ 自立支援医療助成 ☐ 精神通院医療助成 ☐ 大気汚染関連医療助成 ☐ B型・C型肝炎治療医療助成 ☐ その他（ ）								
	助成 内 容	入院	☐ 負担なし ☐ 2割負担 ☐ 定額負担（1日 円）							
			☐ 1割負担 ☐ 3割負担 ☐ 償還払い							
	通院	☐ 負担なし ☐ 2割負担 ☐ 定額負担（1回 円）								
☐ 1割負担 ☐ 3割負担 ☐ 償還払い										
薬局	☐ 負担なし ☐ 2割負担 ☐ 定額負担（1回 円）									
	☐ 1割負担 ☐ 3割負担 ☐ 償還払い									
期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（新規・変更・終了）									
終了 理由	※ 終了の場合のみ該当項目に☑ ☐ 助成期間満了 ☐ 所得制限 ☐ 転居 ☐ その他（ ）									
同意確認	☐ 私は高額療養費等の支給可否の調査のため、セブン＆アイ・ホールディングス健康保険組合が 国や自治体・医療機関等に対し照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。									

申請先問合せ窓口	社内メール： 7 & i 0 0 健保組合 給付担当 住 所： 〒1 0 2－8 4 5 2 東京都千代田区二番町8－8 F A X： 0 3－5 2 1 5－8 6 5 6 T E L： 0 3－6 2 3 8－2 1 0 7
----------	---

※ 複数の医療費助成を受けている場合は制度ごとに書類を作成してください。

※ 自治体と重複して給付を行っていたことが判明した場合、返納いただくことがありますのでご承知おきください。

健保 使用欄	支給歴	入力	確認
	有・無		

7 & i 健康保險組合 R7.4