

記入例

- この届出は自治体から医療費助成の認定を受けたとき、認定を受けた者を扶養したとき、届出の内容に変更があったとき、助成期間の満了で助成が終了したとき等にご提出ください。
- 自治体から交付された医療証のコピーを添付してください。 ※終了の届出の場合は不要
- この届出は対象者毎に1枚ご記入ください。

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	6	番号	123456	所属事業 会社	セブ・ン・イ・ブ・ン・ジ・ャ・パン	所属店 部署名	新宿 D O O F C	
	氏名	健保 太郎			生年月日	昭 平 8 年 1 月 1 5 日			
	住所	〒 1 0 2 - 0 0 0 0 電話： 0 3 (0 0 0 0) 0 0 0 0 東京都千代田区二番町〇〇-〇〇							
助 成 対 象 者	氏名	健保 花子			生年月日	昭・平 令 3 年 1 2 月 3 日		続柄	長女
	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（							
	内 容	入院	☐ 負担なし ☐ 2割負担 ☒ 定額負担（1日 5 0 0 円）						
		通院	☐ 負担なし ☐ 2割負担 ☒ 定額負担（1回 3 0 0 円）						
		薬局	☐ 負担なし ☐ 2割負担 ☒ 定額負担（1回 3 0 0 円）						
期間	令和 〇〇年 4 月 1 日 ～ 令和 〇〇年 3 月 3 1 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 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								

対象者毎に記入

自治体により
名称は異なります

終了の場合のみ記入