

提出日 2019 年 〇 月 〇 日

日本テレビ放送網健康保険組合 御中 (記 入 例)

医療費助成資格 (登録) ・ 終了 ・ 更新) 届

※登録・削除・更新のいずれかに〇印

添付書類 : 自治体(都道府県、市区町村)発行の「受給資格者証」または「医療証」の写し(両面)
または、「通知書」等助成内容のわかるものの写し

被保険者証 記号・番号	記号	8401	被保険者氏名	〇〇 × ×
	番号	〇〇〇〇		
住所	〒 123-4567 東京都 〇〇区 〇〇町 1-23-4			
連絡先	TEL : 03-6215-4030 (会社) ・ 自宅 ・ 携帯)			

受給対象者	氏 名	〇〇 △△
	生年月日	(昭和) ・ 平成 ・ 令和 53 年 1 月 2 日
医療助成 開始・終了年月日	令和 1 年 4 月 1 日 から 令和 2 年 3 月 31 日 まで	
医療証等を発行している窓口 (都道府県・市区町村名)	△△△ 都・道・府・県 × × × 市・区・町・村	

※「本紙に記載された個人情報は、健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で使用します。」

【注意事項】

受付印

1. 医療費助成の対象期間がご不明の場合は、各市区町村等の窓口でご確認下さい。
2. 助成の内容に変更があった場合は、すみやかに健保組合に「医療費助成資格(登録・削除・更新)届」を提出してください。

日本テレビ放送網健康保険組合

「受給資格者証、医療証、通知書」等のコピーを下欄に貼付してください。

のり付け部分

見本

受給資格者証				
負担者番号				
受給者番号				
対象者	住所			
	氏名			
	生年月日	平成	年	月 日
有効期間		令和	年	月 日から
		令和	年	月 日まで
交付年月日 令和 年 月 日				

※受給資格者証等の裏面に記載事項がある場合は、裏面のコピーも貼付してください。