

健康保険 公費負担医療受給（停止）届 【受給届の記入例】

届出	令和 3年 6月 1日							
被 保 険 者	被 保 険 者 証		氏 名	健 康 太 郎	所 属 事 業 所	〇〇〇〇 (株) 〇〇部 〇〇担当		
	記号	番 号				TEL (000) 1234 - 5678 (内線 888 - 9876)		
	20	555555		生年月日	昭和 平成	50年 10月 15日	現住所	〒 000-1234 TEL (000) 987 - 6543 広島市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション101号

届 出 該 当 者	氏 名		続柄	生 年 月 日			性別	公 費 の 名 称	届出区分	異動年月日			備 考			
	フリガナ	フリガナ		年	月	日				年	月	日				
届 出 該 当 者	ケンコウ	ジロウ	子	昭和	3	4	25	男	乳幼児（こども）医療 重度身体障害者医療 その他（ ）	受給開始 受給停止	平成 令和	3	4	25		
	健康	二郎		令和					女							
					昭和					男	乳幼児（こども）医療 重度身体障害者医療 その他（ ）	受給開始 受給停止	平成 令和			
				昭和				男	乳幼児（こども）医療 重度身体障害者医療 その他（ ）	受給開始 受給停止	平成 令和					

被保険者が必ず記入してください。
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

被保険者 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	-------------------------------------	--

健 保 組 合	伺			決 定 年 月 日			入 力
	常務理事	事務長	担当	年	月	日	

(注意事項)

本届出は、直接健康保険組合に提出してください。
受給届の際は、受給者証の写しを添付してください。

受 付 印