

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

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		年 月 日				年 月 日			
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。	ケンコウ ジロウ	子	昭和 平成 令和	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	
	フリガナ		昭和 平成		男 女	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		
	フリ		昭和 平成 令和		男 女	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 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