

健康保険 公費負担医療受給（停止）届 【停止届の記入例】

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 TEL (000) 1234 - 5678 (内線 888 - 9876)
	記 号 番 号		
被 保 険 者	20 555555	生 年 月 日 昭和 50年 10月 15日 平成	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		年 月 日			受給開始 受給停止	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 イチロウ 健 康 一 郎	子	昭和 年 月 日 平成 20 4 25 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 3 3 31 令和	
			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	
			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