

秘 厳 秘 情 報
複 製 禁 止

受 付	登 録
再生紙（裏紙）での申請は不可	

決裁 令和 年 月 日			
常務理事	事務長	関係者	担 当

適 用 者
公 費 負 担
~~非適用者~~

届出日を必ずご記入下さい。

中 被	連絡先は業務時間内（9：00～17：00）に連絡が 取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入ください。		年 1 月 4 日 届出	
会社名・所属 連絡先	〇〇（株）△△支店××部××G ☎ ×××-××××-××××			
対 象 者	現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 名古屋市〇〇区△△町××1丁目2-3		
	氏 名	健保 一子	男・ 女	生年 月 日 昭和・平成・令和 20 年 3 月 3 日
公 費 負 担 適 用 種 類	1 母子家庭医療 5 戦傷病者医療 ② 障害者医療 6 その他（ ） 3 重度心身障害者医療 4 市町村認定特定疾病			
認 定 市 町 村	名古屋市 市 町 村 認			
適用・非適用 期間	平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日			
適 用 傷 病 名	① 全ての疾病に適用 2 特定の疾病のみ（ ）			
公費負担の範囲	1 入院のみ適用 2 通院のみ適用 ③ 入院・通院とも適用			
医療機関での 窓口支払い	1 ある ② な し			

市町村が発行した「受給証」等を確認のうえ、
有効期限をご記入ください。

◎市町村が発行した医療証もしくは受給者証の写しを添付してください。（非適用届は不要）
◎非適用の場合は、適用傷病名以下の記入は不要です。

平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
