常務理事	事務長	室　長	担　当

医療費助成制度該当届

トヨタ販売連合健康保険組合理事長　殿　　提出日　R4年　8月　5日

記号番号	591－1	事業所名	トヨタ〇〇〇株式会社		
被保険者	ﾌﾘｶﾞﾅ　ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ 健保　太郎			生年月日	H1年　6月　24日
助成対象者	ﾌﾘｶﾞﾅ　ｹﾝﾎﾟ　ﾊﾅｺ 健保　花子	続柄 配偶者		生年月日	H4年　3月　27日
医療費助成制度 （こども医療除く）	該当する項目に✓をしてください。 ☑心身障害者医療　□ひとり親家庭等医療　□妊産婦医療　□その他				
助成期間	R4年　8月　1日　～　R7年　7月　31日				
被保険者（日中、対応可能な）連絡先				TEL　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	
トヨタ販売連合健康保険組合の給付金の誤支給を防止するため、 自治体に医療費助成内容について確認をとることに同意します。				被保険者氏名をご署名ください。 健保　太郎	

※トヨタ販売連合健康保険組合に提供された助成対象者の個人情報については、給付金の誤支給を防止する目的以外に使用することはありません。

【添付書類】受給者証のコピー（表と裏）を添付してください。

【注意事項】医療費助成と当組合からの給付金が重複していたことが判明した場合、給付金を返金していただきますので、あらかじめご了承ください。

≪添付≫

表

障　愛知県内のみ有

障害者医療費受給者証

受給者番号		〇〇〇〇〇〇〇〇
受給者番号	住所	愛知県〇〇市 〇〇町〇丁目〇番地
受給者番号	氏名	健保　花子
受給者番号	生年月日	平成4年3月27日
有効期間		令和 4年 8月 1日から 令和 7年 7月31日まで
発行機関名 及　び　印		愛知県 〇〇市長
交付年月日		令和4年8月1日

この証は、被保険者証、組合員証又は加入者証に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

裏

御注意

1. この証は、本人以外は使用することができません。
2. ・・・・・・・・。
3. ・・・・・・・・。
4. ・・・・・・・・。
5. ・・・・・・・・。

該当届送付先 問合せ先	トヨタ販売連合健康保険組合 〒461-0001　愛知県名古屋市東区泉1丁目23番36号　ＮＢＮ泉ビル3Ｆ TEL：052-952-2678　　FAX：052-961-3921