

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 年 月 日

記号番号	—	事業所名		
被保険者	フリガナ		生年月日	年 月 日
助成対象者	フリガナ	続柄	生年月日	年 月 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。 <input type="checkbox"/> 心身障害者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> 妊産婦医療 <input type="checkbox"/> その他			
助成期間	年 月 日 ~		年 月 日	
被保険者(日中、対応可能な)連絡先			TEL	— —
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。			<u>被保険者氏名をご署名ください。</u>	

※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》

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 愛知県名古屋市中区泉1丁目23番36号 NBN泉ビル3F TEL : 052-952-2678 FAX : 052-961-3921
----------------	---