市町村医療費助成該当者異動届

<table>
<tr><td rowspan="2">被保険者証の
記号と番号</td><td colspan="2">－</td><td colspan="2">事業所名</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">医療助成対象者名</td><td>該当者氏名①</td><td>続柄</td><td>該当者氏名②</td><td>続柄</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>該当者氏名③</td><td>続柄</td><td>該当者氏名④</td><td>続柄</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>医療助成市町村名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>助成区分
（いずれかに〇をつける）</td><td colspan="4">1.　重度心身障がい者
2.　ひとり親家庭</td></tr>
<tr><td>該当・非該当区分
（いずれかに〇をつける）</td><td colspan="4">1.　該　　当（市区町村等発行の「受給者証（表・裏）」の写しを添付してください）
2.　非該当（市区町村等発行の「交付申請却下通知書」の写しを添付してください）
＜理　由＞
(1) 所得制限による
(2) その他（　　）</td></tr>
</table>

上記のとおり届出いたします。

なお、必要な書類の提出及び届出内容に関する問い合わせを事業主経由で行うことに【同意します・同意しません】（注1）

令和　　年　　月　　日

被保険者

〒　　－

住所

氏名（自署）

事業所名
及び所在地

事業主名

北海道農業団体健康保険組合理事長　殿

＊注1　【　】内はいずれかを選択し〇を付してください。選択がない場合、同意したものとみなします。
同意されない場合は、直接当組合へ郵送してください。