

公費医療費助成【該当・不該当】届・非課税申告書

★健康保険法第59条による照会について、以下のとおり回答いたします。

記入日	記号・番号	被保険者氏名	互助会
令和 年 月 日			加入 ・ 非加入

◎公費医療費助成に関する事項

回答欄	被保険者本人または、被扶養者について、医療費に関して、市町村等の公費医療費助成(補助)を… (いずれかに○をつけてください) 受給している、できる(該当) ・ 受給していない、できない(不該当)			
※ 医療費助成が受けられるかは、家族構成や年収など、人によって異なります。 ※ 「障がいがある」「ひとり親である」方で受給の可否が不明な方は、市町村にお問い合わせください。 ☆ 受給している場合は、下記もご記入ください(受給者証の写しを必ず添付してください)。				
フリガナ		生年月日	続柄	性別
受給者氏名				男 ・ 女
住所	〒 TEL () -			
公費種別	該当項目に○をつけてください			
	1	重度心身障害者医療費助成	3	自立支援医療費助成(更生医療)
	2	ひとり親家庭等医療費助成	4	その他()
助成内容	1 入院(食事代等除く) 定額負担(円/回) ※病院窓口での支払 : 負担なし ・ 立替えて後日清算 ・ 定額負担(円/月上限)			
	2 外来・通院 定額負担(円/回) ※病院窓口での支払 : 負担なし ・ 立替えて後日清算 ・ 定額負担(円/月上限)			
	3 その他()			
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで			

※ 受給状況が変わった場合は、必ず申し出を行ってください。

※ 受給が終了する場合も、必ずご連絡ください(健保・互助会の給付を再開します)。

◎課税,非課税に関する事項

課税・非課税	被保険者(本人) は 令和 年度 非課税で ある ・ ない
	※非課税の場合は必ず非課税証明書を添付してください。

※ 非課税の場合、医療費の上限が下がりますのでご申告ください(医療が高額になる場合、別途書類を求めます)。

⇒申告がないと、健保組合で課税状態を把握できませんので、医療費の上限は一般と同じになります。

※ 課税に変更となった場合には、必ずご連絡ください。

◎個人情報保護に関する取扱いは、当組合の「個人情報保護管理規程」並びに「個人情報の保護に関する法律」を順守し、提出いただいた本届出書の内容は、聖隷健康保険組合と聖隷互助会が共有し、健康保険業務および互助会給付以外には、一切使用せず、第三者には提供しません。

《提出先》

聖隷健康保険組合

〒430-0946 浜松市中央区元城町218-26 聖隷ビル

常務	事務長		互助会	担当

2024年12月改訂