

公費負担医療制度届

該当項目に☑を入れてください。

記入例①

- ☒ (A) 医療費助成を受けておられる場合(新規)
☐ (B) 医療費助成を受けているが、まだ届出を提出していない場合(新規)
☐ (C) 以前届出を提出したが、その後、受給期間の更新、受給内容が変更となった場合。(期間更新・変更)
☐ (D) 今まで対象となっていた医療費助成が有効期限よりも前に終了となった(終了)

令和 7 年 1 月 25 日提出

被保険者等 記号 番号	被保険者等の、記号番号が分からない 場合はマイナンバーを記入してください	被保険者氏名	所 属
1001 1234567	**** - **** - ****	健保 太郎	KITEKI健康社

■注意事項■

※制度に該当される方お一人ごとに、1制度につき1枚をご提出ください。※新規・期間更新・変更・終了のつど健保組合へご提出ください。

▼(A)(B)(C)に該当する方:

以下を記入し、助成内容がわかる受給証の写しを添付してください。

制度該当者の氏名	性別	生年月日	続柄	居住の市区町村
健保 飛鳥	☒ 男 ☐ 女	7 年 1 月 15 日	長男	都 道 府 県 市 区 村
制度名称 受けている制度名に ☑を入れて下さい	☐ 乳幼児医療費助成 ☒ 子ども医療費助成 ☐ ひとり親家庭医療費助成 ☐ その他() ☐ 心身障害者医療費助成 ☐ 小児慢性特定疾病医療費助成 ☐ 指定難病医療費助成			
助成内容 について 1・2・3 いずれか該当 するものに チェックおよび 内容を記載して ください。	☐ 1. 医療機関等での窓口負担なし ☒ 2. 医療機関等の窓口で一定額を支払う ● 入院(食事代等除く) ※病院窓口での支払い: ☐ 負担なし ☐ 立替えて後日精算 ☒ 定額負担(500)円/日 ☐ 定額負担()円/月上限 ● 外来 ※病院窓口での支払い: ☐ 負担なし ☐ 立替えて後日精算 ☒ 定額負担(500)円/日 ☐ 定額負担()円/月上限 ● 調剤(薬局) ※薬局窓口での支払い: ☒ 負担なし ☐ 立替えて後日精算 ☐ 定額負担()円/回 ☐ 定額負担()円/月上限 ☐ 3. その他 ()			

▼(D)に該当する方: 以下を記入してください。

助成終了年月日	令和 年 月 日
終了理由	☐ 転居の為 ☐ 所得制限に該当 ☐ その他()

三菱ケミカル健康保険組合 07.07

届出方法

「公費負担医療制度届」は健保組合ホームページ(<http://mcckenpo.or.jp/>)からも印刷することができます。
受けている助成内容が変更、または終了となりましたら、ホームページより印刷いただき、ご提出ください。

「公費負担医療制度届(新規・期間更新・変更・終了)」提出先(郵送、または社内便)

→所属の人事担当者経由、または健康保険組合へ直接郵送、もしくは社内便でご提出ください。
〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル
三菱ケミカル健康保険組合 給付担当 宛
(社内便の場合: パレスビル・三菱ケミカル健康保険組合 給付担当 宛)

公費負担医療制度届

該当項目に☑を入れてください。

記入例②

- ☒ (A) 医療費助成を受けておられる場合(新規)
☐ (B) 医療費助成を受けているが、まだ届出を提出していない場合(新規)
☐ (C) 以前届出を提出したが、その後、受給期間の更新、受給内容が変更となった場合。(期間更新・変更)
☐ (D) 今まで対象となっていた医療費助成が有効期限よりも前に終了となった(終了)

令和 7 年 1 月 25 日提出

被保険者等 記号 番号	被保険者等の、記号番号が分からない 場合はマイナンバーを記入してください	被保険者氏名	所 属
1001 1234567	**** - **** - ****	健保 太郎	KITEKI健康社

■注意事項■

※制度に該当される方お一人ごとに、1制度につき1枚をご提出ください。※新規・期間更新・変更・終了のつど健保組合へご提出ください。

▼(A)(B)(C)に該当する方:

以下を記入し、助成内容がわかる受給証の写しを添付してください。

制度該当者の氏名	性別	生年月日	続柄	居住の市区町村
健保 太郎	☒ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	5 年 5 月 5 日	本人
制度名称 受けている制度名に ☑を入れて下さい	☐ 乳幼児医療費助成 ☐ こども医療費助成 ☐ ひとり親家庭医療費助成 ☐ その他() ☐ 心身障害者医療費助成 ☐ 小児慢性特定疾病医療費助成 ☒ 指定難病医療費助成			
助成内容 について 1・2・3 いずれか該当 するものに チェックおよび 内容を記載して ください。	☐ 1. 医療機関等での窓口負担なし ☒ 2. 医療機関等の窓口で一定額を支払う ● 入院(食事代等除く) ※病院窓口での支払い: ☐ 負担なし ☐ 立替えて後日精算 ☐ 定額負担()円/日 ☒ 定額負担(10,000)円/月上限 ● 外来 ※病院窓口での支払い: ☐ 負担なし ☐ 立替えて後日精算 ☐ 定額負担()円/日 ☒ 定額負担(10,000)円/月上限 ● 調剤(薬局) ※薬局窓口での支払い: ☐ 負担なし ☐ 立替えて後日精算 ☐ 定額負担()円/日 ☒ 定額負担(10,000)円/月上限 ☐ 3. その他 ()			

▼(D)に該当する方: 以下を記入してください。

助成終了年月日	令和 年 月 日
終了理由	☐ 転居の為 ☐ 所得制限に該当 ☐ その他()

三菱ケミカル健康保険組合 07.07

届出方法

「公費負担医療制度届」は健保組合ホームページ(<http://mcckenpo.or.jp/>)からも印刷することができます。
受けている助成内容が変更、または終了となりましたら、ホームページより印刷いただき、ご提出ください。

「公費負担医療制度届(新規・期間更新・変更・終了)」提出先(郵送、または社内便)

→所属の人事担当者経由、または健康保険組合へ直接郵送、もしくは社内便でご提出ください。

〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル

三菱ケミカル健康保険組合 給付担当 宛

(社内便の場合: パレスビル・三菱ケミカル健康保険組合 給付担当 宛)