

医療費助成制度該当届（新規・変更・取消）

申請日：令和 年 月 日

記号・番号		被保険者氏名	
電話番号 (日中連絡先)			

助成対象者氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
続柄		※対象者1名につき、1枚をご提出ください。	
受給資格取得日	平成 令和 年 月 日	(新規・更新)	
制度名称 (該当するものに○)	<ul style="list-style-type: none">・ひとり親家庭等医療費助成・重度心身障害者医療費助成・指定難病医療費助成・小児慢性特定疾病医療費助成・妊産婦医療費助成・その他 () <p>※乳幼児・子ども医療費助成については届出は必要ありません</p>		
添付書類	自治体等が発行した医療証・受給者証等の写し（両面）を添付してください。		

【提出先】 〒108-8623 東京都港区高輪2-21-1 THE LINKPILLAR 1 NORTH 18階
KDDI健康保険組合 給付担当宛

メールの場合： kenpo@kddi.com

受付印