

別紙…医療費の助成を受けている方ひとりに1枚届出をお願いいたします。

提出先メール: kenpotg@tokyo-gas.co.jp
郵送: 〒105-8527 東京都港区海岸1-5-20
社便: 浜松町ビル3F 健康保険組合 出井

医療費助成内容の届出

東京ガス健保の保険証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名					
【医療費助成の内容】		問合せする際の連絡先	電話	-	-	携帯	-	-
医療費助成を受けている方		フリガナ 氏名	続柄	年齢				
当てはまるものに○をつけてください。		5 左の1から4にあてはまらない場合、医療費の助成内容について記入をお願いします。						
1 医療機関では支払いをしていない。								
2 医療機関では一定の額を支払っている。								
① 1割の額を支払っている								
② その他								
通院の場合、ひと月の支払上限 (円)								
入院の場合、ひと月の支払上限 (円)								
3 医療機関で一定の額を支払っているが、支払う上限額については、知らない。								
4 医療機関で支払いをしているが、後日手続きをすれば給付される。								

医療費の助成をうけている「医療証」の表と裏をコピーして、貼付してください。

<表>

こちらに剥がれないよう糊付けをしてください。

<裏>

こちらに剥がれないよう糊付けをしてください。