提出日　令和　　年　　月　　日

オリンパス健康保険組合 御中

公費 医 療 助 成 制 度 受給者 届

取得　・　喪失

（どちらかに〇して下さい）

取得の時は、市区町村発行の『医療券』または『通知書』の写しを添付して下さい。

被保険者等記号－番号 －	事業場名称

被保険者名	印
受給者対象者名	
受給対象者　生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
有　効　期　間	令和　　年　　月　　日　　から 令和　　年　　月　　日　　まで
資格喪失　年　月　日 資格喪失の場合、ご記入下さい。	令和　　年　　月　　日
発行機関名称（市区町村名）	

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。