

令和 年 月 日

公立学校共済組合秋田支部長 様

秋田県教育関係職員互助会理事長 様

福祉医療制度の助成について（届出）

福祉医療制度の助成が（ 適用 ・ 適用外 ）になりましたので、次のとおり届出します。

所属コード		所属所名	
組合員番号		組合員氏名	
組合員住所	〒 —		

添付書類貼付欄（「受給者証」等の写しをここに貼り付けてください。）

※助成の適用を受けたときは、市区町村から交付された「受給者証」等の写しを添付してください。

期間の途中で適用外となった場合は、市区町村からの通知文書等の写しを添付してください。

期間満了の場合は届出不要です。

※組合員及び被扶養者について提出してください。