

別紙

令和 〇〇年〇〇月〇〇日

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

所属所名 _____ (〒 _____)

組合員住所 〒000-0000

〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

(フリガナ) 〇〇〇〇 〇〇〇〇

組合員氏名 〇〇 〇〇

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		組合員証記号番号	公立秋	0	0	0	0	0
対象者	(フリガナ)	〇〇〇〇 〇〇〇〇						
	氏名	〇〇 〇〇						
	住所	〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号						
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日生						
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	女	続柄	本人 被扶養者(〇〇)			
助成制度の種類	① 乳幼児・小学生・中学生・高校生医療 2. 障害者(児)医療 3. 母子・父子家庭医療 4. その他()							
助成を受ける市町村名	(都道府県名: 秋田県) 〇〇 <input checked="" type="radio"/> 市・区・町・村							
受給者証等の有効期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日							
受給者資格喪失年月日	令和 年 月 日							

【助成の適用を受けたときの添付書類】

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。

【助成の適用を受けなくなったときの添付書類】

市区町村からの助成の適用外に関する通知文書等があれば、その写しを添付してください。