別紙

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

所属所名　　(Tel　　－　　－　　)

組合員住所　〒

(フリガナ)

組合員氏名

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		
対象者	(フリガナ)			
	氏　名			
	住　所			
	生年月日	年　月　日　生		
	性　別	男　女	続　柄	本人　被扶養者(　　)
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:　　) 市・区・町・村		
受給者証等の有効期間		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　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。