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	
組合員証番号		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。

※被扶養者に係る分のみ提出してください。