

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 (印)

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。