

公費負担医療費助成制度〔適用・非適用〕届出書

所 属 コ ー ド		所 属 所 名	
組合員証記号番号	公立岐	組合員氏名	
対 象 者	氏 名		
	住 所 <small>(組合員と別居の場合はその住所)</small>		
	生 年 月 日	昭・平・令	年 月 日 生 (男・女)
医療制度の区分 <small>(該当する制度に○印)</small>	1 重度心身障害者医療 2 母子家庭医療 3 父子家庭医療 <small>※乳幼児医療については 届出の必要はありません。</small>		
適用の市区町村名			
受 給 者 番 号			
有 効 期 間	年 月 日	~	年 月 日
受給資格喪失年月日 及びその理由	年 月 日	()	
<p>上記のとおり、公費負担医療費助成制度の〔適用・非適用〕について届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合岐阜支部長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">組 合 員</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>			

- 1 適用の者は、市区町村から交付を受けた医療受給者証の写しを添付してください。
- 2 非適用の者は、市区町村より適用停止に関する通知文等があればその写しを添付してください。
- 3 申請者氏名を自署する場合は、押印不要です。