

公費負担医療費助成制度【適用・非適用】届出書

所属所コード		所属所名	
組合員番号		組合員氏名	
対象者	氏名		
	住所 (組合員と別居の場合はその住所)		
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
医療制度の区分 (該当する制度に○印)	1 重度心身障害者医療 2 母子家庭医療 3 父子家庭医療	※乳幼児医療については 届出の必要はありません。	
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>公立学校共済組合岐阜支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 組合員 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 組合員氏名は自署とします。(記名押印も可)

公費負担医療費助成制度【適用・非適用】届出書

所属所コード		月 該当するものに○をつけてください。	
組合員番号		組合員氏名	
対象者	氏名		
	住所 (組合員と別居の場合はその住所)		
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
医療制度の区分 (該当する制度に○印)	1 重度心身障害者医療 2 母子家庭医療 3 父子家庭医療	※乳幼児医療については届出の必要はありません。	
適用の市区町村名		該当するものに○をつけてください。 乳幼児であっても、1～3のいずれかに該当する場合は届出をお願いします。	
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	()
非該当の場合のみ記入をお願いします。			
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。			
公立学校共済組合岐阜支部長 様		該当するものに○をつけてください。	
令和 年 月 日			
住所		組合員	
氏名		氏名	
下記についても確認をしてください。			

- 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 組合員氏名は自署とします。(記名押印も可)