

小児医療福祉制度非該当報告書

組合員等 記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員氏名 (給与のゴム印)		所属所名 所属コード (給与のゴム印)	
フリガナ 小児氏名		続柄		生年月日	年 月 日
居住市町村名					
非該当理由					
上記のとおり報告します。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 令和 年 月 日 申請者氏名 所属所長名 印 (電話番号) () -					

- (注) 1 市町村長発行の非該当証明書又は非該当通知書を添付してください。
- 2 出生時の認定を受けるために、被扶養者申告書を先に提出してください。