

医療費助成制度 [適用] 届出書

非適用

令和 年 月 日

公立学校共済組合石川支部長 殿

所 属 所 名 _____

組 合 員 証 番 号 公立石川

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

対 象 者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	続 柄	本 人 ・ 被 扶 養 者 : 続 柄 ()
報 告 区 分 (該当に○をつけてください)		1 適用(新規) 2 適用(継続) 3 非適用
制 度 の 別 (該当に○をつけてください。) (各医療費受給者証に記載されている、公費負担者番号の <u>上2桁</u> が80以上のものが、報告対象となります。)		1 心身障害者医療費助成制度(マル障) 2 ひとり親家庭等医療費助成制度 3 乳幼児[子ども]医療制度(県外居住者のみ) 4 その他()
適 用 の 市 町 村 名		(都道府県名:) 市 ・ 区 ・ 町 ・ 村
受 給 資 格 取 得 年 月 日		平成・令和 年 月 日
受 給 者 証 有 効 期 限		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
受 給 資 格 喪 失 年 月 日		令和 年 月 日

【 添 付 書 類 】

『医療費助成制度が適用(新規・継続)となった場合』
 ・市町村等から今年度交付された「医療受給者証」の写し

『医療費助成受給が非適用となった場合』
 ・市町村等からの停止に関する通知文の写し

* 氏名欄を組合員が自署する場合は押印不要です。