

医療費助成制度 $\left[\begin{array}{c} \text{適用} \\ \text{非適用} \end{array} \right]$ 届出書

平成 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 年 月 日
	性 別 ・ 続 柄	(男 ・ 女) 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)		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〕医療費助成制度(県外居住者のみ) 4 妊産婦医療費助成 5 その他() ※ 内容記入のこと
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 年 月 日
受 給 者 証 有 効 期 限		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
受 給 資 格 喪 失 年 月 日		平成 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