様式任12

・子ども（乳幼児・小学生・中学生・高校生）
・妊産婦　　・ひとり親　　**医療費受給者　該当 ・ 非該当　届**
・障がい　　・寡婦

組合員番号	公立岩　　号	組合員氏名	

どちらかを〇で囲む	氏　名	生年月日	医療受給者証に関する事項				備　考
			市町村	受給者番号	給付区分	有効期間 又は該当 年月日	
該当 非該当		S・H・R ・　・			子ども・妊産婦 障がい・ひとり親 寡婦・その他 〔　　〕	R　・　・ ～ R　・　・	
該当 非該当		S・H・R ・　・			子ども・妊産婦 障がい・ひとり親 寡婦・その他 〔　　〕	R　・　・ ～ R　・　・	
該当 非該当		S・H・R ・　・			子ども・妊産婦 障がい・ひとり親 寡婦・その他 〔　　〕	R　・　・ ～ R　・　・	

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合岩手支部長　様

令和　　年　　月　　日

住　所

届出者

氏　名

注 1　市町村医療費助成の該当又は非該当となった場合に提出してください（受給者証の更新の場合は提出不要です
　 2　該当の場合は医療費受給者証の写しを添付してください。
　 3　「子ども」は乳幼児・小学生・中学生・高校生の該当者を指します.