（給付様式第8-1号）

市区町村による医療費助成受給の（開始・停止・延長）届出書

助成対象者氏名 （医療証等の対象者）	生年月日	受給期間	医療助成する 市区町村
	年　月　日	年　月　日 から 年　月　日 まで	
	年　月　日	年　月　日 から 年　月　日 まで	
	年　月　日	年　月　日 から 年　月　日 まで	
	年　月　日	年　月　日 から 年　月　日 まで	
	年　月　日	年　月　日 から 年　月　日 まで	

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合神奈川支部長　殿

年　　月　　日

所　属　所　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員証番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組 合 員 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届け出が必要なとき

＊　新たに医療費助成制度の適用対象者となったとき

＊　医療費助成適用期間が変更になったとき

＊　医療費助成が停止になったとき

【添付書類】

・　市区町村から交付された医療証等の写し

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309　横浜市中区日本大通33
公立学校共済組合神奈川支部　給付グループ
電話　(045)210-8179

（給付様式第8-1号）

【記入例】

市区町村による医療費助成受給の（開始・停止・延長）届出書

助成対象者氏名 （医療証等の対象者）	生年月日	受給期間	医療助成する 市区町村
神奈川　小太郎	○年　○月　○日	○○年　○月　○日　から ○○年　○月　○日　まで	横浜市
	年　月　日	年　月　日　から 年　月　日　まで	
	年　月　日	年　月　日　から 年　月　日　まで	
	年　月　日	年　月　日　から 年　月　日　まで	
	年　月　日	年　月　日　から 年　月　日　まで	

対象者は組合員の被扶養者となっている方です。

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合神奈川支部長　殿

○年○○月○○日

所　属　所　名　○○市立○○○学校

組合員証番号　080808

組合員氏名　神奈川　太郎

届け出が必要なとき

＊　新たに医療費助成制度の適用対象者となったとき

＊　医療費助成適用期間が変更になったとき

＊　医療費助成が停止になったとき

【添付書類】

・　市区町村から交付された医療証等の写し

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309　横浜市中区日本大通33
公立学校共済組合神奈川支部　給付グループ
電話　(045)210-8179