

市区町村等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	公費負担医療の種類	受給期間	医療助成する 自治体
年 月 日	☐ 小児（乳児）医療 ☐ 心身障害者（児）医療 ☐ 特定疾患（難病）医療 ☐ その他（ ）	年 月 日 ） 年 月 日	
年 月 日	☐ 小児（乳児）医療 ☐ 心身障害者（児）医療 ☐ 特定疾患（難病）医療 ☐ その他（ ）	年 月 日 ） 年 月 日	
年 月 日	☐ 小児（乳児）医療 ☐ 心身障害者（児）医療 ☐ 特定疾患（難病）医療 ☐ その他（ ）	年 月 日 ） 年 月 日	
年 月 日	☐ 小児（乳児）医療 ☐ 心身障害者（児）医療 ☐ 特定疾患（難病）医療 ☐ その他（ ）	年 月 日 ） 年 月 日	

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 様

年 月 日

所属所名

組合員等番号

組合員氏名
(署名)

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】

- ・ 自治体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5-1

公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ

電話 (045)210-8179

市区町村等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	公費負担医療の種類	受給期間	医療助成する 自治体
神奈川 小太郎 〇 年 〇 月 〇 日	☒ 小児(乳児)医療 ☐ 心身障害者(児)医療 ☐ 特定疾患(難病)医療 ☐ その他()	〇 年 〇 月 〇 日 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇市
組合員の場合は、組合員氏名 被扶養者の場合は、被扶養者氏名	☐ 小児(乳児)医療	年 月 日 年 月 日	
年 月 日	☐ 小児(乳児)医療 ☐ 心身障害者(児)医療 ☐ 特定疾患(難病)医療 ☐ その他()	年 月 日 年 月 日	
年 月 日	☐ 小児(乳児)医療 ☐ 心身障害者(児)医療 ☐ 特定疾患(難病)医療 ☐ その他()	年 月 日 年 月 日	

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 様
〇 年 〇 月 〇 日

所属所名 〇〇市立〇〇〇学校
組合員等番号 080808
組合員氏名 神奈川 太郎
(署名)

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】
・自治体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5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179