

公費医療助成 認定・取消届出書

<記入例>

組合員氏名	公立 花子	組合員等 記号番号	公立高知 123456 (枝番) 00
該当者氏名 (生年月日)	公立 太郎 (H O 年 2 月 11 日)		
	(年 月 日)		
	(年 月 日)		
助成制度 の 種 類 ※該当するものに✓	<input checked="" type="checkbox"/> 重度心身障害児・者医療費助成制度 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成制度	医療助成を 行っている 市区町村名	受給者証を発行した市区町村 〇 〇 市
<input checked="" type="checkbox"/> 認 定	【受給者証の有効期間】 令和 〇 年 10 月 1 日から 令和 〇 年 3 月 31 日まで		
	添付書類：該当者の「受給者証」の写し		
<input type="checkbox"/> 取 消	【助成終了（取消）日】 令和 年 月 日終了		
	【理由】 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 所得税課税 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> その他 ()		
添付書類：助成終了の理由がわかる通知文書（却下通知書等）の写し			
上記のとおり届出ます。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 〇 年 10 月 10 日 組合員氏名 公立 花子			

1. 助成を受けている場合は「認定」へ、受けなくなった場合は「取消」へ✓を入れてください。
2. 認定の場合は受給者証の有効期間を、取消の場合は助成終了日とその理由を記入してください。
3. 転居により市区町村が変わった場合は、転居後の市区町村から交付された受給者証の写しを添付して届け出てください。