

公費負担医療受給者の報告書

公立学校共済組合三重支部長 様
(一財)三重県公立学校職員互助会理事長 様
(一財)三重県職員互助会理事長 様

令和 XX 年 XX 月 XX 日

所属所名 共済小学

組合員等記号番号 (※1) 公立三重 09876543

組合員(会員)住所 愛知県 〇〇市 △△区 丁目2番地

組合員(会員)氏名 公立花子

所属所 452000

職員番号 898765

公立印

TEL 052-XXX-XXXX

「該当」、「非該当」のいずれかに○を付してください。

報告事由 いずれかに○	対象者氏名	生年月日				組合員 (会員) との続柄	対象者住所 (※2)	医療助成を 行う 公共団体名	受給している 公費医療名	受給者証の有効期限					助成内容 (※3)
		年号	年	月	日					自至	年号	年	月	日	
○ 該当	公立 花子	昭和：3				本人		〇〇市	障がい者医療費	自：	平成	X	X	X	医療保険の一部負担金を全補助 (償還払)
	非該当	平成：4	3	X	X					至：	平成	X	X	X	
		令和：5									令和	X	X	X	
○ 該当	公立 共子	昭和：3				子		〇〇市	子ども医療費	自：	平成	X	X	X	医療保険の一部負担金を全補助 (現物給付)
	非該当	平成：4	4	X	X					至：	平成	X	X	X	
		令和：5									令和	X	X	X	
		昭和：3					組合員と同一の 場合は、記入不								
		平成：4													
		令和：5													

※1. 公立学校共済組合員でない場合は記入の必要はありません。 ※2. 組合員（会員）と同一の場合は記入の必要はありません。
※3. 助成内容欄には、助成内容を簡潔に記入してください。（例：保険診療における自己負担の一部助成、全額助成等）

注1. 国又は地方公共団体の公費医療受給の該当となった場合又は非該当となった場合に速やかに提出してください。
注2. 上記報告内容に変更があった場合（有効期限の変更等）は、この用紙にて速やかに変更内容を報告してください。
注3. 助成先からの助成内容が記載されている書類（公費負担医療受給者証等）がある場合は、その写しを添付してください。

	区分	提出先団体	提出先住所
提出先	公立学校共済組合員の方	公立学校共済組合三重支部	〒514-0004 津市栄町1丁目954番地 三重県栄町庁舎5階
	公立学校共済組合員ではない方で（一財）三重県公立学校職員互助会の方	（一財）三重県公立学校職員互助会	〒514-0004 津市栄町1丁目891番地 三重県合同ビル3階