

所属所受付印



ひとり親家庭医療費助成事業該当世帯届出書

届 出 区 分 (該当に○)	新規	更新	取消
----------------	----	----	----

組合員	番号		所属所名	
	氏名			

交付市町村名					
交付年月日	令和	年	月	日	
有効期限	令和	年	月	日	期限の記載がない場合は記入不要

受給者証等に記載されている被扶養者				
氏 名	生年月日		性別	続柄
	平成 令和	年 月 日	男・女	
	平成 令和	年 月 日	男・女	
	平成 令和	年 月 日	男・女	
	平成 令和	年 月 日	男・女	
	平成 令和	年 月 日	男・女	
	平成 令和	年 月 日	男・女	

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

上記のとおり認定を受けたので、「ひとり親家庭医療費助成受給資格者証」の写しを添えて提出します。

令和 年 月 日

〒

住所

氏名



- (備考) 1 取消の場合は受給者証の写しは不要です。
2 この届出書に記載された個人情報は公立学校共済組合の給付にのみ使用します。