

所属所受付印

--

重度心身障害者（児）医療費受給資格者届出書

届出区分 (該当に○)	新規 更新 取消			
組合員（被扶養者）証記号番号	公立宮崎 番号			
組 合 員	氏 名		性別	男・女
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
対 象 者 (続柄)	氏 名		性別	男・女
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
交付市町村名				
有効期限	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			

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、「重度心身障害者（児）医療費受給資格者証」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 世帯に複数の対象者がいる場合、各対象者毎に提出してください。
3 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