

福祉医療制度報告書

| | | | | | | | |
|--|---|--------|--|----------------|--------------------------|----|--|
| 1. 該当 | | 2. 非該当 | | 組合員証等 記号・番号 | 公立奈良 | | |
| 対象者① | | 続柄 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| 該当日 | 年 月 日から | | | 非該当日 | 年 月 日まで | | |
| 該当 | 受給資格証の該当する番号を○で囲む 1. 心身障害者医療費助成事業 2. ひとり親医療費助成事業 3. 精神障害者医療費助成事業 4. その他 () | | | 非該当 | 非該当となった助成事業 [医療費助成] | | |
| | 上記報告内容と同じ対象者がいる場合は、対象者氏名②～⑤に記入する | | | | | | |
| 対象者氏名② | | 続柄 | | 対象者氏名③ | | 続柄 | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| 対象者氏名④ | | 続柄 | | 対象者氏名⑤ | | 続柄 | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| 上記のとおり報告します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 令和 年 月 日 〒 _____ 住所 _____ _____ 職名・氏名 組合員 _____ (電話番号: _____) | | | | | | | |
| 所属所名 (電話) | () | | | | | | |
| 所属所受付印欄 | <div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p>【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p>該当報告の場合 <input type="checkbox"/> 受給資格者証の写し</p> <p>非該当報告の場合 <input type="checkbox"/> 発行機関からの資格喪失通知があれば、その写し</p> </div> | | | | | | |

※所属所を経由しない場合は、受付印は不要です。

記入例

福祉医療制度報告書

| | | | | | |
|---|--|----------------|------|------------------|------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. 該当 <input type="radio"/> 2. 非該当 | | 組合員証等 記号・番号 | | 公立奈良 XXXXXXXX | |
| 対象者① | 公立 太郎 | 続柄 | 本人 | 生年月日 | 平成元年 8月31日 (34歳) |
| 該当日 | 令和 6年 5月 1日 から | | 非該当日 | 年 月 日まで | |
| 該当 | 受給資格証の該当する番号を○で囲む 1. 心身障害者医療費助成事業 <input checked="" type="radio"/> 2. ひとり親医療費助成事業 3. 精神障害者医療費助成事業 4. その他 () | | | 非該当 | 非該当となった助成事業 |
| | | | | | [医療費助成] |
| 乳幼児、子ども医療費助成については、[該当]の報告は不要です。18歳の年度末までに非該当となった場合のみ、報告をお願いします。 | | | | | |
| 上記報告内容と同じ対象者がいる場合は、対象者氏名②～⑤に記入する | | | | | |
| 対象者氏名② | 公立 一郎 | 続柄 | 長男 | 対象者氏名③ | |
| 生年月日 | 平成27年 10月 21日 (8歳) | | 続柄 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 対象者氏名④ | | 続柄 | | 対象者氏名⑤ | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | 続柄 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 上記のとおり報告します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 令和 6年 5月 15日 〒 639-△△△△ 住所 奈良県奈良市登大路町〇〇 組合員 職名・氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-27-XXXX) | | | | | |
| 所属所を経由しない場合は、受付印は不要です。 所属所名(電話) 奈良野小学校 (0742-00-0000) | | | | | |
| 所属所受付印欄 <input checked="" type="checkbox"/> 受付 06.05.15 奈良野小学校 | | | | | |
| 【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】 該当報告の場合 <input type="checkbox"/> 受給資格者証の写し 非該当報告の場合 <input type="checkbox"/> 発行機関からの資格喪失通知があれば、その写し | | | | | |

※所属所を経由しない場合は、受付印は不要です。