

医療費助成（認定・変更・取消）届

組合員氏名 職員コード		所属名 所属コード	
該当者	氏名	生年月日	性別
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
該当する制度の名称等	<input type="checkbox"/> 13 重度心身障害者医療費助成（県障） <input type="checkbox"/> 14 ひとり親家庭等医療費助成（県親） <input type="checkbox"/> 15 妊産婦医療費助成 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
認定・変更・取消年月日	年 月 日		
助成市町村名			
認定の内容	<input type="checkbox"/> 通院・入院 <input type="checkbox"/> 入院のみ <input type="checkbox"/> 通院のみ		
変更の内容	<input type="checkbox"/> 通院・入院から入院のみへ変更 <input type="checkbox"/> 入院のみから通院・入院へ変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
取消の理由	<input type="checkbox"/> 所得限度額超過 <input type="checkbox"/> 扶養取消 <input type="checkbox"/> 転居（転居後市町村名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合新潟支部長 様 年 月 日 住所 届出者 氏名 ㊟ 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 〒 _____ Tel _____ () _____ 所属所在地 所属名 所属長職氏名 職印			
			福利課受付印

- (注) 1 認定又は変更の場合は、受給者証の写しを添付してください。
 2 助成市町村名は、受給者証に記載されている市町村名を記入してください。
 3 子ども医療費助成（乳児含む）は、助成市町村が県外の場合に届出してください。
 4 日付は和暦で記入してください。