令和　　年　　月　　日

公立学校共済組合大阪支部長　様

所 属 所 名	
電 話 番 号	－　　－
組合員の住所	〒　　－
電 話 番 号	－　　－
組 合 員 氏 名	

医療費助成制度の（適　用 / 適用停止）について

下記の者が医療費助成制度の（適用・適用停止）になりましたので、届け出ます。

組合員等記号・番号		公立阪
対象者	（フリガナ）	
	氏　　名	
	住　　所	
	生年月日 続　　柄	昭和・平成・令和　　年　　月　　日生 本人 被扶養者・続柄（　　）
適　用　区　分 （いずれか該当する番号に○印をしてください。）		1　障がい者医療 2　乳幼児（こども）医療 3　ひとり親家庭医療 4　老人医療
実施の市区町村名 （医療証が交付された市区町村名を記入してください。）		（都道府県名：　　都道府県　） 　　市・区・町・村
有　効　期　間		令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで

Ⅰ、添付書類

〔適用を受けたとき〕

・市区町村から交付された「医療証（医療費受給者証）」の写しを必ず添付してください。

〔適用を受けなくなったとき〕

・市区町村からの適用停止に関する通知文等があれば、その写しを添付してください。

Ⅱ、届出先

〒540-8571
大阪市中央区大手前２丁目　大阪府庁別館３階
公立学校共済組合大阪支部　医療担当まで

R4.10