

公費負担医療費助成制度適用・停止報告書

組合員等記号・番号		公立島根	所属所名								
組合員氏名											
該当者	氏名			組合員との続柄							
	生年月日	昭和・平成・令和		年 月 日							
	現住所										
更新のとき 適用のとき （交付）	適用期間	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで							
	添付書類	受給資格証・医療証等の写し									
停止のとき （更新 しなかった 等）	適用停止日	令和 年 月 日									
	適用停止となった理由										
	添付書類	停止理由が分かる通知文の写し等									
<p>適用又は停止となる公費負担医療費助成制度にチェックをしてください。</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 乳幼児等・子ども医療費助成制度 (<u>県外</u>の市区町村から受給資格証の交付を受けている場合のみ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 福祉医療費助成制度 (<u>島根県内</u>の市町村から医療証の交付を受けている場合)</td> </tr> <tr> <td>その他、<u>県外</u>の地方公共団体の条例に基づき実施される医療費助成制度</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 福祉医療公費負担制度・福祉医療費助成制度(広島県・山口県)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心身障害者・ひとり親家庭等医療費助成制度(岡山県)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 特別医療費助成制度(鳥取県)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他( )</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 乳幼児等・子ども医療費助成制度 ( <u>県外</u> の市区町村から受給資格証の交付を受けている場合のみ)	<input type="checkbox"/> 福祉医療費助成制度 ( <u>島根県内</u> の市町村から医療証の交付を受けている場合)	その他、 <u>県外</u> の地方公共団体の条例に基づき実施される医療費助成制度	<input type="checkbox"/> 福祉医療公費負担制度・福祉医療費助成制度(広島県・山口県)	<input type="checkbox"/> 心身障害者・ひとり親家庭等医療費助成制度(岡山県)	<input type="checkbox"/> 特別医療費助成制度(鳥取県)	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 乳幼児等・子ども医療費助成制度 ( <u>県外</u> の市区町村から受給資格証の交付を受けている場合のみ)											
<input type="checkbox"/> 福祉医療費助成制度 ( <u>島根県内</u> の市町村から医療証の交付を受けている場合)											
その他、 <u>県外</u> の地方公共団体の条例に基づき実施される医療費助成制度											
<input type="checkbox"/> 福祉医療公費負担制度・福祉医療費助成制度(広島県・山口県)											
<input type="checkbox"/> 心身障害者・ひとり親家庭等医療費助成制度(岡山県)											
<input type="checkbox"/> 特別医療費助成制度(鳥取県)											
<input type="checkbox"/> その他( )											
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>公立学校共済組合島根支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員氏名</p> <p>(自署によらない場合は押印が必要です。)</p>											

※ この報告書の記載内容は、医療費給付を行う目的のために利用します。

共済組合受付印