

所得制限による()医療費の助成非該当者

()医療費の助成非該当者(県内・県外)

申出書

所 属 所 名								(所 属 コ ー ド)	(E)
組 合 員 等 記 号 ・ 番 号		公 立 徳						組 合 員 氏 名	
該 当 者	被扶養者氏名		生年月日				性 別	該 当 期 間	
			平成	年	月	日	男・女	平成 令和	年 月 日 から
			令和					平成 令和	年 月 日 まで
			平成	年	月	日	男・女	平成 令和	年 月 日 から
			令和					平成 令和	年 月 日 まで
			平成	年	月	日	男・女	平成 令和	年 月 日 から
			令和					平成 令和	年 月 日 まで
			平成	年	月	日	男・女	平成 令和	年 月 日 から
			令和					平成 令和	年 月 日 まで
			平成	年	月	日	男・女	平成 令和	年 月 日 から
		令和				平成 令和		年 月 日 まで	
市 町 村 長 の 証 明 欄									
<p>上記の者は、当市町村()医療費の助成に関する条例等に定める所得制限により「医療費助成制度」の非該当者であることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>証明者(市町村長)</p> <p>(注)この証明押印に代え「医療費助成の非該当者」である旨の通知文の写しを添付することができます。</p>									
<p>上記のとおり申し出ます。</p> <p>公立学校共済組合徳島支部長 殿</p> <p>一般財団法人徳島県教職員互助組合理事長</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者 住 所 氏 名</p> <p>(自署の場合省略可)</p>									
乳幼児医療費助成を		・ 県 市・町の()医療費助成等対象年齢は 歳まで 又は小・中学校 年生終了までとなっています。							
受けられない理由		・その他							

備考

- 1 所得制限等により非該当期間満了後、引き続き非該当者となった場合は、その都度この非該当者申出書を提出してください。
- 2 非該当者申出書の提出がなければ、家族療養費附加金等の給付が自動的に停止しますのでご了承ください。
- 3 県外在住で徳島県と同様の乳幼児などの医療費助成を受けられない方は、市町村長証明欄に斜線を引き、医療費助成を受けられない理由欄に記載してください。
- 4 申出書の個人情報、共済組合及び互助組合の医療費の給付処理を目的とし、業務の遂行上必要な場合に利用します。

公立学校共済組合	受付欄	
----------	-----	--

2021.11更新

様式2-5