

乳幼児・子供医療費助成が所得超過で
非該当となった場合

<記入例>

公費医療助成認定 該当・**非該当** 届出書

所属所名 新宿区立公立小学校									
電話 03 (5320) 6827									
組合員 職名	教諭	氏名	共済 花子			組合員証 番号	0 1 2 3 4 5 6 7	(枝番)	0 0

対象者									
氏名	共済 輝子			続柄	子	生年月日	昭和 平成 令和 6 年 4 月 24 日		
医療助成する公共団体(都・区・市等)			公費負担医療の種類						
町田市			<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児・義務教育就学児医療助成(子供医療費助成) <input type="checkbox"/> 難病等医療費助成 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療費助成 <input type="checkbox"/> その他 ()						
該当する方に記入	該当届	公費該当日(開始日)				助成内容			
		平成 年 月 日から該当				<input type="checkbox"/> 保険診療にかかる自己負担の全額助成 <input type="checkbox"/> 保険診療にかかる自己負担の一部助成 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	非該当届	公費非該当日(取消日・終了日)				非該当理由			
		令和 6 年 4 月 24 日から非該当				<input checked="" type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> その他 ()			

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合東京支部長 殿

令和 **6** 年 **5** 月 **11** 日

届出者 住所 **町田市〇〇/丁目1番**
署名 **共済 花子**

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 **6** 年 **5** 月 **12** 日

所属長 職名 **新宿区立公立小学校長**
氏名 **新宿 一郎** (公印省略)

事務取扱者氏名 **共済 一郎**

※乳幼児・子供医療費助成以外(指定難病等)の場合、所属所の証明欄を省略して届出できます。
その場合は、所属所の証明欄に「職場への告知なし」と記入してください。

	添付書類	注意事項	共済組合受付
該当届出	公費医療助成証(医療券)の写し	乳幼児・子供医療費助成に限り、関東地方・山梨県在住の被扶養者について、出生・転入・扶養認定に伴う該当届は提出不要です。 ※難病、小児慢性疾患等は子供でも届出が必要です。 ※所得超過のため非該当だった方が該当になったときは届出が必要です。	
非該当届出	受給資格消滅通知書等の写し	・治ゆした場合や、更新手続きの遅延等により公費負担適用がされなくなったときは必ず提出してください。 ・乳幼児・子供医療費助成に限り、転出、年齢到達、被扶養者資格喪失(扶養替え等)による非該当届はどの地域在住でも提出不要です。	<共済組合記入欄>