

<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 東京 はな	組合員証番号 0 9 8 7 6 5 4 3 (枝番)	0 0				

・医療券記載の認定開始もしくは認定期間中である場合、該当に丸をつけて下さい。
・医療券記載の認定期間が終了した場合、非該当に丸をつけて下さい。

対象者		氏名 東京 はな	続柄 本人	生年月日 昭和 61 年 4 月 8 日 平成 令和
医療助成する公共団体(都・区・市等) 東京都		公費負担医療の種類 <input type="checkbox"/> 乳幼児・義務教育就学児医療助成(子供医療費助成) <input checked="" 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) 平成 令和 元 年 6 月 1 日 から該当		助成内容 <input type="checkbox"/> 保険診療にかかる自己負担の全額助成 <input checked="" 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 (記入例のため、両方に記載してあります。)
	非該当届	公費非該当日(取消日・終了日) 令和 元 年 5 月 31 日 から非該当		非該当理由 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (終了日以降申請をしなかった。)

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 元 年 6 月 15 日

届出者 住所 **〇〇区〇〇/丁目1番**
氏名 **東京 はな**

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

事務取扱者氏名
年 月 日
職名 **職場への告知無し**
所属長 氏名 (公印省略)

※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
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。

共済組合受付
<共済組合記入欄>