

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>

[用紙No.公費1]

公費医療費助成認定 該当・**非該当** 届出書

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

対象者		
氏名 <b>共済 輝子</b>	続柄 <b>子</b>	生年月日 <b>昭和 平成 令和</b> <b>8</b> 年 <b>4</b> 月 <b>24</b> 日

医療費助成する公共団体(都・区・市等) <b>〇〇市</b>	公費負担医療の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 子供医療費助成 <input type="checkbox"/> 難病等医療費助成 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療費助成
-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

該当する方に記入	公費該当日(開始日) 平成 年 月 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 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 ( )
	公費非該当日(取消日・終了日) 令和 8 年 4 月 24 日から非該当	非該当理由 <input checked="" type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 年齢到達

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 8 年 5 月 11 日  
届出者 住所 **〇〇市〇〇/丁目/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 8 年 5 月 12 日 所属所長 職名 <b>新宿区立公立小学校長</b> 氏名 <b>新宿 一郎</b> (公印省略)	事務取扱者氏名 <b>東京 一郎</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

※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 医療証(券)の写し	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。 ・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>

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和8年1月)

子供医療費助成を受ける子の居住地が関東地方・山梨県以外の場合

〔用紙No.公費1〕

<記入例>

公費医療費助成認定 **該当** ・ 非該当 届出書

所属所名 <b>新宿区立公立小学校</b>						電話 <b>03 ( 5320 ) 6827</b>	
組合員職名	<b>教諭</b>	氏名	<b>東京 太郎</b>	組合員番号	<b>8 7 6 5 4 3 2 1</b> (枝番)	<b>0 0</b>	

対象者						
氏名	<b>東京 はな</b>	続柄	<b>子</b>	生年月日	<b>8 年 8 月 11 日</b>	昭和 平成 <b>令和</b>

医療費助成する公共団体(都・区・市等)	公費負担医療の種類
<b>大阪府大阪市</b> 都道府県名から記載してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 子供医療費助成 <input type="checkbox"/> 難病等医療費助成 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療費助成

該当する方に記入	該当届	公費該当日(開始日) <b>平成令和 8 年 8 月 11 日</b> 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 ( )
	非該当届	公費非該当日(取消日・終了日) <b>令和 年 月 日</b> 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 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 8 年 8 月 19 日**

届出者 住所 **〇〇区〇〇/丁目/番**  
署名 **東京 太郎**

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 <b>令和 8 年 8 月 26 日</b>	事務取扱者氏名 <b>共済 一郎</b>
職名 <b>新宿区立公立小学校長</b> 氏名 <b>新宿 一郎</b> (公印省略)	

※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	医療証(券)の写し	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。 ・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>

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和8年1月)

<記入例>

公費医療費助成認定 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	

医療費助成する公共団体(都・区・市等) 東京都	公費負担医療の種類 <input type="checkbox"/> 子供医療費助成 <input checked="" type="checkbox"/> 難病等医療費助成 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療費助成
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

該当する方に記入	公費該当日(開始日) 平成 8 年 6 月 1 日から該当 令和	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。 )
	公費非該当日(取消日・終了日) 令和 8 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"/> 治ゆ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 終了日以降申請をしなかった。 ) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 年齢到達

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 8 年 6 月 15 日

届出者 住所 〇〇区〇〇1丁目1番  
署名 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。 年 月 日 所属所長 職名 職場への告知なし 氏名 (公印省略)	事務取扱者氏名
--------------------------------------------------------------------	---------

※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 医療証(券)の写し	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。 ・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>

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和8年1月)