

公費負担医療受給者資格  
該当者・非該当者 届出書

|        |         |
|--------|---------|
| 所属所受付印 | 共済組合受付印 |
|        |         |

| 所属所コード   | 組合員証記号番号 |    | 組合員氏名 |    |           | 居住する市町村名     |                      |
|--|----------|----|-------|----|-----------|--------------|----------------------|
|  | 公立富      |    |       |    |           |              |                      |
| 区分   | 該当・非該当の別 | 氏名 | 生年月日  | 性別 | 公費負担医療の名称 | 有効期間又は非該当年月日 | 非該当となった場合はその理由を記入のこと |
| 組合員  | 該当       |    | 年 月 日 | 男  |           | 年 月 日        |                      |
|  | 非該当      |    |       | 女  |           | 年 月 日        |                      |
| 被扶養者   | 該当       |    | 年 月 日 | 男  |           | 年 月 日        |                      |
|  | 非該当      |    |       | 女  |           | 年 月 日        |                      |
|  | 該当       |    | 年 月 日 | 男  |           | 年 月 日        |                      |
|  | 非該当      |    |       | 女  |           | 年 月 日        |                      |
|  | 該当       |    | 年 月 日 | 男  |           | 年 月 日        |                      |
|  | 非該当      |    |       | 女  |           | 年 月 日        |                      |
| <p>上記のとおり届け出ます。</p> <p><b>公立学校共済組合富山支部長 殿</b></p> <p>令和 年 月 日 届出者 住所<br/>氏名<br/>(自署)</p> |          |    |       |    |           |              |                      |
| <p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日 所属所名<br/>所属所長職及び氏名</p>                        |          |    |       |    |           |              |                      |

1 当該受給資格証等の写しを添付して下さい。

2 非該当者となった場合は、市町村等からの受給資格停止通知書等の写しを添付してください。(ただし、年齢到達により非該当となった場合は添付不要)

公費負担医療受給者資格  
該当者・非該当者 届出書

|        |     |            |
|--------|-----|------------|
| 所属所受付印 | 共済組 | <b>記入例</b> |
| 所属所受付印 |     |            |

| 所属所コード  |          | 組合員証記号番号 |               | 組合員氏名       |             | 居住する市町村名      |                      |     |  |
|---------|----------|----------|---------------|-------------|-------------|---------------|----------------------|-----|--|
| 1 2 3 4 |          | 公立富      |               | 1 2 3 4 5 6 |             | 公立 花子         |                      | 〇〇市 |  |
| 区分      | 該当・非該当の別 | 氏名       | 生年月日          | 性別          | 公費負担医療の名称   | 有効期間又は非該当年月日  | 非該当となった場合はその理由を記入のこと |     |  |
| 組合員     | 該当       | 公立 花子    | 昭和46年 5 月 5 日 | 男           |             | 年 月 日         |                      |     |  |
|         | 非該当      |          |               | 女           |             | 年 月 日         |                      |     |  |
| 被扶養者    | 該当       | 公立 一郎    | 平成9年 9 月 6 日  | 男           | 重度心身障害者等医療費 | 令和5年 7 月 1 日  |                      |     |  |
|         | 非該当      |          |               | 女           |             | 令和6年 6 月 30 日 |                      |     |  |
|         | 該当       | 公立 一子    | 平成11年 # 月 # 日 | 男           | "           | 令和5年 4 月 1 日  | 等級が変わり非該当となったため。     |     |  |
|         | 非該当      |          |               | 女           |             | 年 月 日         |                      |     |  |
|         | 該当       |          |               | 男           |             | 年 月 日         |                      |     |  |
| 非該当     | 女        | 年 月 日    |               |             |             |               |                      |     |  |

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合富山支部長

令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日

・新たに受給資格該当となった者  
・受給資格の有効期間が更新された者  
・受給資格が非該当となった者  
について、それぞれ記入してください。

受給資格証に記載してある有効期間を記入してください。

住所 ○〇市 ○〇町 1-1  
氏名 公立 花子  
(自署)

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日

所属所名 ○〇〇〇学校  
職及び氏名 校長 富山 学

- 1 当該受給資格証等の写しを添付して下さい。
- 2 非該当者となった場合は、市町村等からの受給資格停止通知書等の写しを添付してください。(ただし、年齢到達により非該当となった場合は添付不要)

公費負担医療受給者資格  
該当者・非該当者 届出書

|        |     |     |
|--------|-----|-----|
| 所属所受付印 | 共済組 | 記入例 |
| 所属所受付印 |     |     |

| 所属所コード  |          | 組合員証記号番号 |               | 組合員氏名       |            | 居住する市町村名      |                      |     |  |
|---------|----------|----------|---------------|-------------|------------|---------------|----------------------|-----|--|
| 1 2 3 4 |          | 公立富      |               | 1 2 3 4 5 6 |            | 公立 花子         |                      | 〇〇市 |  |
| 区分      | 該当・非該当の別 | 氏名       | 生年月日          | 性別          | 公費負担医療の名称  | 有効期間又は非該当年月日  | 非該当となった場合はその理由を記入のこと |     |  |
| 組合員     | 該 当      | 公立 花子    | 昭和46年 5 月 5 日 | 男           | ひとり親家庭等医療費 | 令和5年 10 月 1 日 |                      |     |  |
|         | 非 該 当    |          |               |             |            | \             |                      |     |  |
| 被扶養者    | 該 当      | 公立 一郎    | 平成16年 4 月 4 日 | 男           | "          | 令和5年 4 月 1 日  | 18歳の年度末に達したため        |     |  |
|         | 非 該 当    |          |               | \           |            | 年 月 日         |                      |     |  |
|         | 該 当      | 公立 一子    | 平成18年 # 月 # 日 | 男           | "          | 令和5年 10 月 1 日 |                      |     |  |
|         | 非 該 当    |          |               | \           |            | 令和6年 9 月 30 日 |                      |     |  |
|         | 該 当      |          | 年 月 日         | 男           |            | 年 月 日         |                      |     |  |
| 非 該 当   |          |          | 女             |             | 年 月 日      |               |                      |     |  |

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合富山支部長

令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日

・新たに受給資格該当となった者  
 ・受給資格の有効期間が更新された者  
 ・受給資格が非該当となった者  
 について、それぞれ記入してください。

受給資格証に記載してある有効期間を記入してください。

住所 ○〇市 ○〇町 1-1  
 氏名 公立 花子  
 (自署)

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日

所属所名 ○〇〇〇学校  
 職及び氏名 校長 富山 学

- 1 当該受給資格証等の写しを添付して下さい。
- 2 非該当者となった場合は、市町村等からの受給資格停止通知書等の写しを添付してください。(ただし、年齢到達により非該当となった場合は添付不要)