

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 等 記 号 番 号 |  | 組 合 員 氏 名 |     |                   | 居 住 す る 市 町 村 名            |                                            |  |
|                                                                      |                 | 公 立 富           |  |           |     |                   |                            |                                            |  |
| 区<br>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<br>非 該 当 年 月 日 | 非 該 当 と な っ た 場 合 は<br>そ の 理 由 を 記 入 の こ と |  |
| 組<br>合<br>員                                                          | 該 当             |                 |  | 年 月 日     | 男   |                   | 年 月 日                      |                                            |  |
|                                                                      | 非 該 当           |                 |  |           | 女   |                   | 年 月 日                      |                                            |  |
| 被<br>扶<br>養<br>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                      |                                            |  |
| 上記のとおり届け出ます。<br>公立学校共済組合富山支部長 殿<br>令和 年 月 日 届 出 者 住 所<br>氏 名<br>(自署) |                 |                 |  |           |     |                   |                            |                                            |  |
| 上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。<br>令和 年 月 日 所属所名<br>所属所長職及び氏名                |                 |                 |  |           |     |                   |                            |                                            |  |

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 |
| 所属所受付印 | 記入例 |

|                         |          |          |  |                                                                              |    |             |                            |                  |                          |
|-------------------------|----------|----------|--|------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|----------------------------|------------------|--------------------------|
| 所属所コード                  |          | 組合員等記号番号 |  | 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<br>非該当年月日 | 非該当となった場合は<br>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       |          |  | 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           |          |          |  | ・新たに受給資格該当となった者<br>・受給資格の有効期間が更新された者<br>・受給資格が非該当となった者<br>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。 |                  |                          |
| 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日        |          |          |  | 住所 〇〇市 〇〇町 1-1<br>氏名 公立 花子<br>(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 〇 年 〇〇 月 〇〇 日        |          |          |  | 所属所名 〇〇〇〇学校<br>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 |
| 所属所受付印 | 記入例 |

|                         |          |          |  |                                                                              |    |                 |                            |                  |                          |
|-------------------------|----------|----------|--|------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------|----------------------------|------------------|--------------------------|
| 所属所コード                  |          | 組合員等記号番号 |  | 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<br>非該当年月日 | 非該当となった場合は<br>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    |          |  |                                                                              | 女  |                 |                            | 令和6年 9 月 30 日    |                          |
| 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    |          |  |                                                                              | 女  |                 |                            | 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    |          |  |                                                                              | 女  |                 |                            | 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           |          |          |  | ・新たに受給資格該当となった者<br>・受給資格の有効期間が更新された者<br>・受給資格が非該当となった者<br>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。 |                  |                          |
| 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日        |          |          |  | 住 所 〇〇市 〇〇町 1-1<br>氏 名 公立 花子<br>(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 〇 年 〇〇 月 〇〇 日        |          |          |  | 所属所名 〇〇〇〇学校<br>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)