公費医療助成認定 該当者 非該当者届

	4 只 尺 区	27示-2011:		以 二百	クトログ =	コ 1 1 /田					
				届出年月	日	年	月	日			
所属所名				組合員証番	号			┃			
自宅住所				組合員氏	名		(線 ^即 枠			
				- 名押印することに代え 記載してください。	て、自筆によ	る署名をするこ	とができます	· 内			
該当者・	非該当者	※該当年月日	lは、 <u>はじめて公</u>	記載してバミい。 公費医療助成の該当 療助成の消滅日(助原				で 記 			
氏 名			続 柄	該 当 年月	日	年	月	日 し て			
生年月日	昭和 平成 左 令和	₣ 月	日	公費負担者都	号			──			
住 所	1746										
氏 名			続 柄	該 当 年月	日	年	月	В			
生年月日	昭和 平成 全 令和	車 月	日	公費負担者番	号						
住 所	組合員本人又	ま組合員と同居	の被扶養者は	記載省略可能				·			
	~	貼	寸 欄 ~	~		備	考 櫃				
(1) 該当者届の場合は、「医療証等(写)」を貼付してください。 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 子供医療費助成の該当者届は提出不要です。 ※所得超過のため非該当だった方が見直され該当となったときは該当者 届が必要です。 ※難病、小児慢性疾患等は子供でも該当者届が必要です。 (2) 非該当者届の場合は、「受給資格消滅通知書等(写)」を貼付してください。書類がない場合は備考欄に非該当理由を記載してください。											
どの地域在住でも転出、年齢到達、扶養抹消に伴う子供医療費助成の非該当者届は提出不要です。 ※所得超過により非該当となったときはどの地域在住でも非該当者届が						所属共流	斉事務担				
※所得超近 必要です。	◎により非該当	となったとき	いてい地域	仕任でも非該当	百 届か			共済組 決定 ———————————————————————————————————			
(3) 複数ある	る場合は、裏面	を使用して	ください。			電話		課			
						共済統	組合受付	印			
								課長代			
								担当			

~記入例~ 八弗医威肋成韧带 鼓虫老。非鼓虫老属用成部队*大*发

		公買	医撩切.		談 当 7	百•非	-談兰	有個	日を記り	して	ください。
					届出年	F P =	<u> </u>		月		
所属所	斤名	〇〇 局	総務部		組合員		1 :	1 2 3	4 5 t	日 6 7	•
自宅住	主所		【中央○	-0-0	組合」	 員 氏 名		済な	(#		~ 線
		· , (4)			即印することに	代えて、自				7	▮ 砕 内
組合員の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。 ※該当者か非該当者に〇を記載してください。 ※該当年月日は、はじめて公費医療助成の該当になった日を記載してください。 ※非該当年月日は、公費医療助成の消滅日(助成期間最終日の翌日)を記載してください。											
氏	名	共清	太郎	続柄本人	該 当 非該当	年月	B	年	月	日	入して
生年	月日	昭和 平成	年月	B	公費負担	旦者番号	1 8	3	1 1 1	1 1	くだ
住	所	組合員本人又		で被扶養者は記載		Г				_	さ
п			生年月日	を記入してくた 続	該当			限定になった 7年月日を		-	い
氏	名 ——			柄	非該当		どさい。				
生年	月日	昭和 平成	年 月	日	公費負担	旦者番	よありま	月日や決定 せん。	# <i>H</i> P C		
住	所	組合貝本人之	(は組合員と向店	の被扶養者は記憶	耿自哈ባ能						
			~貼	付 欄~	•			備	考 欄		
(1) 割		障	受;	———— 給者証							
関東							∮う子				
供医療 ※所 が必要	負	担者番号	8013	1111			首届				
※糞		給者番号	1111	111							
(2) 身							さ				
い。書	吐	所	新宿区	中央〇-〇-	0		1⊢=±		- 	ملد وار	
どの 当者! ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※	_	:名	共済が	と 真 氏			非該	所属共済	事務担	当者	11 mm 40 A
※所 要です		r u	78 <i>0</i> 1 7				必	千代田	3 花子	<u>.</u>	共済組合 決定欄
(3) 複	生	年月日	平成〇	〇年〇月〇	B			電話 OC	00-00	000	課長
	有効期間 令和〇〇年〇日〇日				日から			共済組	1合受付6	i)	
			令和〇	〇年〇月〇	〇日まで						課長代理
		±-	与初加市	000	<u> </u>						I=