

第1号様式(第6条関係)

公費負担医療制度該当者・不該当者届書

組合員記号・番号		-		組合員氏名		所属所名			
資格取得年月日		年 月 日		生年月日		年 月 日		性別	男・女
区分	※該当 不該当	氏名	続柄	生年月日	性別	公費負担医療制度に関する事項			※備考
						実施市町村名	制度の名称	公費該当日または不該当日	
組合員	<input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 不該当		本人	/	/			年 月 日	
被 扶 養 者	<input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 不該当			年 月 日	男女			年 月 日	
	<input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 不該当			年 月 日	男女			年 月 日	
	<input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 不該当			年 月 日	男女			年 月 日	
上記のとおり届出します。 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 組合員氏名					上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 年 月 日 所属所長				
★ 公費負担医療制度の名称について ・重度心身障害児者医療 ・ひとり親家庭医療 ・その他(医療制度の名称) 等を必ず制度の名称欄へ記入してください。									

- ※ 該当・不該当欄は、いずれかを○で囲んでください。
- ※ 不該当の場合は、備考欄にその理由を記入してください。
- ※ 該当の場合は、**受給(資格)者証の写し**を添付してください。

第1号様式(第6条関係)

公費負担医療制度該当者・不該当者届書

組合員記号・番号		9999 - 99999		組合員氏名		〇〇 〇〇		所属所名		〇〇〇〇市	
資格取得年月日		平成 XX 年 X 月 XX 日		生年月日		昭和 XX 年 XX 月 XX 日		性別		男・女	
区分	※該当 不該当	氏名	続柄	生年月日	性別	公費負担医療制度に関する事項			※備考		
						実施市町村名	制度の名称	公費該当日または不該当日			
組合員	<input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 不該当		本人					年 月 日			
被 扶 養 者	<input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 不該当	〇〇 △△	長男	XX 年 XX 月 XX 日	男	〇〇〇〇市	子ども医療制度	XX 年 XX 月 XX 日	所得超過による		
	<input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 不該当	〇〇 ▽▽	長女	XX 年 XX 月 XX 日	男	〇〇〇〇市	子ども医療制度	XX 年 XX 月 XX 日	所得超過による		
	<input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 不該当			年 月 日	男 女	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> 実際に該当日又は不該当日となった日を 記入してください。 </div>			年 月 日		
上記のとおり届出します。 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 X 年 XX 月 XX 日 組合員氏名 〇〇 〇〇						上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 X 年 XX 月 XX 日 所属所長 〇〇〇〇市長 □□ □□					
★ 公費負担医療制度の名称について ・重度心身障害児者医療 ・ひとり親家庭医療 ・その他(医療制度の名称) 等を必ず制度の名称欄へ記入してください。											

- ※ 該当・不該当欄は、いずれかを○で囲んでください。
- ※ 不該当の場合は、備考欄にその理由を記入してください。
- ※ 該当の場合は、受給(資格)者証の写しを添付してください。