

電算入力

## 共済組合員申告書（公費負担）

組合員種別	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 任意継続組合員
申告事由	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 不該当

所属所コード	組合員証番号(右づめ)	所属所名

氏名	カナ	
	(左づめで、姓と名の間は1文字あけて記入してください)	
漢字		

◆ 該当(不該当)の届出が必要となるのは、次の①～③の公費負担適用者等で、すべての診療において窓口負担なしの医療費助成を受けている(受けていた)場合です。

- ① 母子(父子)家庭医療費助成適用者
- ② 心身障害者医療費助成適用者
- ③ その他市町村の条例等による医療費助成適用者

◆ 該当する場合は、適用年月日が分かる書類(医療費受給者証の写し等)を添付してください。

公費名	公費コード

公費該当年月日			
元号	年	月	日

公費不該当年月日			
元号	年	月	日

備 考

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">申告者欄</td> <td>           上記のとおり申告します。            愛知県市町村職員共済組合理事長 様            令和 年 月 日             住 所            申告者            氏 名         </td> </tr> </table>	申告者欄	上記のとおり申告します。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日  住 所 申告者 氏 名	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">所属所証明欄</td> <td>           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             職 名            所属所長            氏 名         </td> </tr> </table>	所属所証明欄	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  職 名 所属所長 氏 名
申告者欄	上記のとおり申告します。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日  住 所 申告者 氏 名				
所属所証明欄	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  職 名 所属所長 氏 名				

注意事項 「申告者欄」及び「所属所証明欄」の日付は一度記入したら訂正はできません。  
網掛け部分は記入しないでください。