

記入例

【公費不該当】

共済被扶養者申告書（公費負担）

申告事由	<input type="checkbox"/> 該当	<input checked="" type="checkbox"/> 不該当
------	-----------------------------	---

所属所コード ○○○	組合員証番号(右づめ) ○○○	所属所名 ○○市	組合員氏名 共済 花子
---------------	--------------------	-------------	----------------

被扶養者氏名	カナ キヨウサイイチロウ (左づめで、姓と名の間は1文字あけて記入してください。)	生年月日				性別	続柄コード	続柄
	漢字 共済 一郎	元号	年	月	日			
		4	○○	○○	○○	1	31	長男

◆【P1-61】被扶養者続柄コード一覧参照

- 1:男 3:昭和
- 2:女 4:平成
- 5:令和

- ◆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				公費不該当年月日			
		元号	年	月	日	元号	年	月	日
母子						5	○○	○○	○○

申告の理由及び事由発生日		備考	
<p>婚姻により母子家庭でなくなったため</p> <p>(事由発生 令和○○年○○月○○日)</p>			
申告者欄	<p>上記のとおり申告します。</p> <p>愛知縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和○○年○○月○○日</p> <p>住所 ○○市○○町1丁目2番地</p> <p>申告者 氏名 共済 花子</p>	所属所証明欄	<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</p> <p>職名 ○○市長</p> <p>所属所長 氏名 ○○○○</p>

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。