

| |
|------|
| 電算入力 |
| |

共済被扶養者申告書（公費負担）

| | | |
|------|-----------------------------|------------------------------|
| 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 | 組合員氏名 |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|----|------------------------------|--|--|--|------|---|---|---|----|-------|----|
| 被扶養者氏名 | カナ | | | | | 生年月日 | | | | 性別 | 続柄コード | 続柄 |
| | 漢字 | | | | | 元号 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | (左づめで、姓と名の間は1文字あけて記入してください。) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

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 |
| | | | | | | | | | |

| | | | |
|-----------------|--|--------|--|
| 申告の理由及び事由発生日 | | 備考 | |
| | | | |
| (事由発生 令和 年 月 日) | | | |
| 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 |
| | ㊟ | | 印 |

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。