

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 〇〇〇	組合員証番号 〇〇〇〇	所属所名 〇〇市	組合員氏名 共済 花子
---------------	----------------	-------------	----------------

被扶養者氏名 カナ 漢字	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
	共済 一郎	元号	年	月			
		4	〇〇	〇〇	〇〇	1	31 長男

◆【P1-56】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、居住地の市町村が実施している次の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	〇〇	〇〇	〇〇

申告の理由及び事由発生日		備考	
婚姻により母子家庭でなくなったため (事由発生 令和〇〇年〇〇月〇〇日)			
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 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ◆日付の記入漏れが多いため必ず記入ください。 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番地 申告者 氏名 共済 花子	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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ◆日付の記入漏れが多いため必ず記入ください。 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇〇〇		

注意事項 「申告者欄」及び「所属所証明欄」の日付は必ず記入してください。また、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。