電算入力

共済組合員申告書 （公費負担）

組合員種別	□ 組合員	□ 任意継続組合員
申告事由	□ 該当	□ 不該当

記号	番号	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、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			
元号	年	月	日

公費不該当年月日			
元号	年	月	日

備考

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。