

公費負担医療受給 (開始・停止) 報告書

組合員証	記号	〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎
	番号	〇〇〇		

該当者氏名		続柄	生年月日	公費番号	受給開始・停止年月日
組合員		本人	昭和 平成 令和 年 月 日		開始 ・ 停止 令和 年 月 日
被 扶 養 者	共済 花子	妻	昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日	A	開始 ・ 停止 令和 〇 年 〇 月 〇 日
			昭和 平成 令和 年 月 日		開始 ・ 停止 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日		開始 ・ 停止 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日		開始 ・ 停止 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日		開始 ・ 停止 令和 年 月 日

公費番号	A 重度心身障害者医療費助成条例 (〇〇 市・町・村)
	B ひとり親家庭等医療費助成条例 (市・町・村)
	C その他の医療費助成条例 ()

上記の通り報告します。

大分県市町村職員共済組合理事長 様

令和 〇 年 〇 月 〇 日

組合員氏名

共済 太郎

上記は事実と相違ないものと認めます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

職名
所属所長
氏名

〇〇市長

〇〇 〇〇

(注) 医療費助成条例の写しを添付してください。