

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	所属所名	組合員氏名

被扶養者氏名	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。)	生年月日				性別	続柄 コード	続柄
		元号	年	月	日			
漢字								

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

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

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。
所属所長の証明後は申告書等をすみやかに提出してください。
網掛け部分は記入しないでください。