

電算入力

## 共済組合員申告書（公費負担）

組合員種別	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 任意継続組合員
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

氏名	カナ	
	漢字	
(左づめで、姓と名の間は1文字あけて記入してください)		

◆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	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
	住所		職名
	申告者氏名		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。