

単県医療費公費負担制度等該当（非該当）者報告書

組合員証番号	組合員氏名	受給者氏名等		給付種別コード (該当項目に○印)	医療受給者証に関する事項		
		生年月日・氏名	続柄		発行機関名	受給者番号	(非)該当年月日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日

上記のとおり報告します。
令和 年 月 日

電話番号 () -
担当者氏名

公立学校共済組合岡山支部長 殿
(一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿

所属コード
所属所名
所属所長職氏名

※添付書類 該当の場合 受給資格証の写し
 該当から非該当の場合 公費負担が受けられなくなった年月日の確認できる書類の写し

※給付種別コード 1 市町村単独実施老人医療費助成事業
 2 心身障害者医療費公費負担制度及び市町村単独実施心身障害者医療費助成事業
 3 ひとり親家庭等医療費公費負担制度

単県医療費公費負担制度等該当（非該当）者報告書

組合員証番号	組合員氏名	受給者氏名等		給付種別コード (該当項目に○印)	医療受給者証に関する事項		
		生年月日・氏名	続柄		発行機関名	受給者番号	(非)該当年月日
A 1 2 3 4 5	〇〇 〇〇	昭・ <u>平</u> ・令〇年〇月〇日 □□ □□		1・ <u>2</u> ・3	岡山市	678910	<u>該当</u> 非該当 昭・平・ <u>令</u> 〇年〇月〇日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
<p>各項目を記入のうえ、添付書類をホチキス留めして一緒に提出願います。</p> <p>※ 該当者なしの場合も組合員証番号欄内に「該当者なし」と記入のうえ、提出願います。</p>							該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
				1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日

上記のとおり報告します。
令和 4 年 7 月 〇日

公立学校共済組合岡山支部長 殿
(一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿

電話番号 (012) 345-6789
担当者氏名 △△ △△

所属コード ○A〇〇〇
所属所名 □□市立□□小学校
所属所長職氏名 校長 ▽▽ ▽▽

※添付書類 該当の場合 受給資格証の写し
 該当から非該当の場合 公費負担が受けられなくなった年月日の確認できる書類の写し

- ※給付種別コード
- 1 市町村単独実施老人医療費助成事業
 - 2 心身障害者医療費公費負担制度及び市町村単独実施心身障害者医療費助成事業
 - 3 ひとり親家庭等医療費公費負担制度