

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	
被 扶 養 者		本人	昭和 平成 年 月 日		開始・ 停止	平成 年 月 日
	共済 花子	妻	昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日	A	開始 停止	平成 〇 年 〇 月 〇 日
			昭和 平成 年 月 日		開始・ 停止	平成 年 月 日
			昭和 平成 年 月 日		開始・ 停止	平成 年 月 日
			昭和 平成 年 月 日		開始・ 停止	平成 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 殿

平成 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。

平成 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。