公費負担医療受給（開始・停止）報告書

組合員証	記号		組合員氏名	
	番号			

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　年　月　日		開始 ・ 停止	平成　年　月　日
被扶養者			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
			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　（　　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　　年　　月　　日

組合員氏名　　印

上記は事実と相違ないものと認めます。

平成　　年　　月　　日

所属所長　職名

氏名　　印

（注）医療費助成条例の写しを添付してください。