


医療費助成制度該当（非該当）届出書

組合員証	記号	999	番号	9999	フリガナ	キョウサイ タロウ			
					組合員氏名	共済 太郎			
所属名称	〇〇〇局〇〇〇課			生年月日	昭和	平成	〇〇年	9月	9日
対象者	フリガナ	キョウサイ ハナコ					続柄	妻	
	氏名	共済 花子							
	生年月日	昭和	平成	〇〇年	8月	8日	【備考】		
対象となる	<input checked="" type="checkbox"/> 該当	<input checked="" type="checkbox"/> 重度障害者医療費助成制度等							
助成制度	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度等							
	<input type="checkbox"/> その他（ ） ※ 小児医療費助成制度については不用です。								
上記のとおり医療費助成制度の対象となっていること（対象から外れたこと）を届出ます。									
横浜市職員共済組合理事長 様									
平成〇〇年〇〇月〇〇日									
住所 横浜市 〇△区 〇△町 999番地									
組合員 氏名 共済 太郎 									
連絡先（電話番号） 999-999-9999									

【注1】 この届出書は対象者1名につき、1通提出してください。

【注2】 該当の場合には、医療証の写しを添付してください。

【注3】 この届出書を提出せず、医療費助成制度の適用を受けている事実が判明した場合、遡って共済組合が支給した給付金を返還いただくこととなりますので、ご注意ください。

医療証コピー添付