

医療費助成制度該当（非該当）届出書

組合員証	記号	番号	フリガナ	キョウガイ 太郎		
	100	1000001	組合員氏名	共済 太郎		
所属名称	〇〇区 〇〇〇課		生年月日	昭和 平成 55 年 12 月 31 日		
対象者	フリガナ	キョウガイ アイサト			続柄	子
	氏名	共済 合太郎				
	生年月日	昭和 平成 令和	30 年 4 月 1 日		【備考】	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;">記入例</div>
組合員記載欄	該当となる医療費助成制度	1 重度障害者医療費助成制度		<input type="checkbox"/> 該当		
				<input type="checkbox"/> 非該当	(非該当日 年 月 日)	
		2 ひとり親家庭等医療費助成制度		<input type="checkbox"/> 該当		
				<input type="checkbox"/> 非該当	(非該当日 年 月 日)	
3 その他		医療費助成制度の名称を記入		<input type="checkbox"/> 該当		
				<input type="checkbox"/> 非該当	(非該当日 年 月 日)	
4 小児医療費助成制度		※小児助成については、該当していたが非該当になった場合、または非該当になっていたが再度該当した場合のみ届出てください。		<input checked="" type="checkbox"/> 該当から非該当	(非該当日 平成31年 4月 1日)	
				<input type="checkbox"/> 非該当から該当		

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 〒 231-0017
横浜市中央区〇〇町100番地

組合員 氏名 共済 太郎

連絡先（電話番号） 080-XXXX-XXXX

【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