医療費助成制度該当（非該当）届出書

組合員記載欄

組合員	記号	番号	フリガナ 組合員氏名	
所属名称			生年月日	昭和・平成　年　月　日
対象者	フリガナ 氏名		続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	【備考】	

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
- ☐ 該当
- ☐ 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
- ☐ 該当
- ☐ 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］
- ☐ 該当
- ☐ 非該当（非該当日　年　月　日）

4 小児医療費助成制度
- ☐ 該当から非該当（非該当日　年　月　日）
- ☐ 非該当から該当

※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。

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

令和　年　月　日

住所　〒

組合員　氏名

連絡先（電話番号）

【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

（R6年12月版）