公費負担医療費助成制度 該当／不該当 報告書

組合員証記号番号	―	組合員氏名		所属機関名	

① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属所名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

対象となる医療費助成制度	1 ひとり親家庭医療費助成制度 2 重度心身障害者医療費助成制度 3 老人医療費助成制度 4 その他　（　　）

② 該当又は不該当となった医療費助成制度の番号に〇をしてください。

該当者氏名	生年月日	続柄	該当・不該当年月日
	年　月　日		平成　年　月　日より　該当／不該当
	年　月　日		平成　年　月　日より　該当／不該当
	年　月　日		平成　年　月　日より　該当／不該当

③ ②の医療費助成制度の該当者の氏名・生年月日・組合員との続柄を記入してください。また、医療費助成制度の該当又は不該当となった年月日を記入してください。

上記のとおり報告します。

山梨県市町村職員共済組合理事長　殿

平成　年　月　日

住　所

報告者

氏　名　㊞

④ 報告年月日と報告者の住所・氏名を記入し押印してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成　年　月　日

職　名

所属所長

氏　名　印

⑤ 報告内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

（注）乳幼児医療費助成制度の該当者については報告する必要はありません。