

公費負担医療制度該当者・不該当者届

組合員等		記号	番号	組合員氏名	所属所名				
資格取得年月日		年 月 日		生年月日	年 月 日				
該 当 ・ 不 該 当 者	区分	該 当 別	氏 名	続柄	生 年 月 日	公費負担医療制度に関する事項			摘 要
		不 該 当				実施市町村名	制 度 の 名 称	有効期間始期又は不該当年月日	
	被 扶 養 者	該 当						年 月 日	
		不 該 当			年 月 日			年 月 日	
		該 当			年 月 日			年 月 日	
		不 該 当			年 月 日			年 月 日	
		該 当			年 月 日			年 月 日	
		不 該 当			年 月 日			年 月 日	
<p>京都府市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>職 名</p> <p>所属所長</p> <p>氏 名</p>									

(注) 地方公共団体が実施する福祉医療制度（京都府内の乳幼児・子供に対する医療費助成制度を除く。）又は地方公共団体が独自に実施する公費負担医療制度に該当・不該当になった場合に提出してください。該当の場合は、公費負担医療給付決定通知書（写）又は受給者証等（写）を添付してください。