

公費医療助成認定 該当者・非該当者届

		届 出 年 月 日	年	月	日
所属所名		組 合 員 番 号			
自宅住所		組 合 員 氏 名	㊟		

組合員の「氏名」の欄は、記名押印することによって、自筆による署名をすることができます。

※該当者が非該当者に○を記載してください。

※該当年月日は、はじめて公費医療助成の該当になった日を記載してください。

※非該当年月日は、公費医療助成の消滅日（助成期間最終日の翌日）を記載してください。

該当者・非該当者

氏 名		続柄		該 当 年 月 日	年	月	日
生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	公費負担者番号		
住 所	組合員本人又は組合員と同居の被扶養者は記載省略可能						
氏 名		続柄		該 当 年 月 日	年	月	日
生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	公費負担者番号		
住 所	組合員本人又は組合員と同居の被扶養者は記載省略可能						

～貼 付 欄～ (1) 該当者届の場合は、「医療証等(写)」を貼付してください。 関東地方・山梨県在住の被扶養者について、出生、転入、扶養認定に伴う子供医療費助成の該当者届は提出不要です。 ※所得超過のため非該当だった方が見直され該当となったときは該当者届が必要です。 ※難病、小児慢性疾患等は子供でも該当者届が必要です。 (2) 非該当者届の場合は、「受給資格消滅通知書等(写)」を貼付してください。書類がない場合は備考欄に非該当理由を記載してください。 どの地域在住でも転出、年齢到達、扶養抹消に伴う子供医療費助成の非該当者届は提出不要です。 ※所得超過により非該当となったときはどの地域在住でも非該当者届が必要です。 (3) 複数ある場合は、裏面を使用してください。	備 考 欄
	所属共済事務担当者
	電話
	共済組合受付印

●太線枠内を記入してください

共済組合 決定欄
課 長
課長代理
担 当

～記入例～

公費医療助成認定 該当者・非該当者

届出日を記入してください。

所属所名	〇〇局総務部	届出年月日	年 月 日
自宅住所	新宿区中央〇-〇-〇	組合員番号	0 1 2 3 4 5 6 7
		組合員氏名	共済 太郎 (共済)

組合員の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

※該当者か非該当者に○を記載してください。

※該当年月日は、はじめて公費医療助成の該当になった日を記載してください。

※非該当年月日は、公費医療助成の消滅日（助成期間最終日の翌日）を記載してください。

該当者・非該当者

氏名	共済 太郎	続柄	本人	該当 非該当	年月日	年 月 日
生年月日	昭和 平成	年	月	日	公費負担者番号	8 0 3 1 1 1 1
住所	組合員本人又は組合員の被扶養者は記載省略可能					
氏名		続柄		該当 非該当	年月日	年 月 日
生年月日	昭和 平成	年	月	日	公費負担者番号	
住所	組合員本人又は組合員と同居の被扶養者は記載省略可能					

生年月日を記入してください。

最初に認定になった有効期間欄の当初年月日を記載してください。
交付年月日や決定年月日ではありません。

～貼付欄～

備考欄

(1) 該当者

関東
供医療
※所
が必
※難

(2) 非
い。書

どの
当者
※所
要で

(3) 複

障

受給者証

負担者番号 80131111

受給者番号 1111111

住所 新宿区中央〇-〇-〇

氏名 共済 太郎

生年月日 平成〇〇年〇月〇日

有効期間 令和〇〇年〇日〇日から
令和〇〇年〇月〇〇日まで

東京都知事 〇〇〇〇

交付年月日 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

半う子
者届

さ

非該
必

所属共済事務担当者

千代田 花子

電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇

共済組合受付印

共済組合
決定欄

課長

課長代理

担当

●太線枠内を記入してください