

決裁	保険課長	

記入不要です

福祉医療費受給者証に記載されている有効期間を記入してください

福祉医療該当・非該当報告書

組合員等 記号・番号		123 - 456	組合員氏名		共済太郎		所属所名		〇〇市	
福祉医療 適用者	報告区分	氏名 生年月日	性別 続柄	福祉医療受給者証に関する事項				自己負担額 ・負担割合	摘要	
	1 該当 2 非該当 3 変更	共済 康子 H△△年△△月△△日生	男・女 子	種別 (乳幼児, 障害, 母子, 等)	受給者番号	発行機関名 (市町村名)	該当区分	有効期間 又は 非該当年月日		
	1 該当 2 非該当 3 変更	共済 花子 S△△年△△月△△日生	男・女 妻	乳幼児		〇〇市	・全診療 ・入院 ・歯科	△△年△△月△△日から 年 月 日まで	割 円	
	1 該当 2 非該当 3 変更	共済 元気 H△△年△△月△△日生	男・女 子	障害		〇〇市	・全診療 ・入院 ・歯科	△△年△△月△△日から △△年△△月△△日まで	◇ 割 ◇◇◇ 円	全診療から入院・ 歯科のみへ変更
上記のとおり報告します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△年△△月△△日 申告者 住所 〇〇市〇〇町△△丁目△番 氏名 共済太郎 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇										
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 △△年△△月△△日										

※1. 発行機関（居住市町村）の変更、該当区分の変更等があるときは、「3変更」で記入してください

※2. 「該当区分」は、福祉医療の対象の診療区分を○で囲んでください。

※3. 「自己負担額・負担割合」については、該当がある場合のみ記入してください。