

公費負担医療費制度の報告

重度身体障害児（者）医療費制度の場合



共 済 組 合
受 付 印

組 合 員 ・ 被 扶 養 者 申 告 書

(記入の仕方は《記入上の注意》を参照してください)

ア 組合員証番号
 イ 職名

組合員に関する事項

氏 名 (漢 字)	氏 名 (カ ナ)	性 別	生 年 月 日	所 属 異 動 年 月 日	所 属 所 コー ド	共 済 種 別	共 済 資 格 取 得 日	共 済 資 格 喪 失 日

ウ 1. 新規採用 2. 転入 3. 転出 4. 退職 5. 死亡	金融機関 確認印	公費負担 医 療	前 歴 関 係	添付書類	申告区分	記 入 箇 所	様式	申 告 区 分	記 入 箇 所	様式
紀陽支店 コード	口座番号	重身 ○	有・無 取得前の共済組合員 資格取得前の公務員期間の有無 有 → ()	受給中の年金 証書の写を添付	1 組合員資格 取得届書	ア・イ・ウ・オ・カ・ク・ケ・ サ・シ・フ	施第 13号	5 被扶養者認定 申告書	ア・タ・チ・ ト〜フ	施第
			基礎年金番号		2 組合員異動 報告書	転入 ア・イ・ウ・オ・カ・ク・サ・シ・フ 退職等 ア・イ・ウ・キ・ク・フ	連第 1号	6 被扶養者取消 申告書	ア・タ・チ・ ト〜ネ・ハ・フ	15号
					3 組合員証等記載 事項変更申告書	ア・フ及び次の変更箇所 イ・ウ・オ・カ・ク・シ・ス・タ・チ	連第 4号	7 被扶養者継続 認定申出書	ア・タ・チ・ ト〜ハ・フ	認定 1号
					4 公費負担医療費制度 該当・非該当報告書	組合員 ア・コ・フ 被扶 養者 ア・チ・テ・フ	給第 24号	※該当の区分番号を○で囲んでください		

郵便番号 現住所(漢字) 現住所(カナ)

旧氏名 改姓年月日 旧住所

被扶養者に関する事項

被扶養者氏名 (漢字)	被扶養者氏名 (カナ)	性 別	続 柄	生 年 月 日	認 定 年 月 日	事 由	取 消 年 月 日	事 由	重 身	ひ 親 と り	扶 養 手 当 受 給 の 有 無	給 与 事 務 担 当 者 証 明 印	被 扶 養 者 の 要 件 を 備 え 又 は 欠 く に 至 っ た 年 月 日	職 業	年 間 総 収 入 見 込 額
				1 1 3 5 3 1 1 2 5					○		有・無	印	年 月 日		円
同居・別居の別 同・別	住所(住民登録住所) : ㊦							○ 認定 区分	普通 各種	学 生 一 般	有・無	印	年 月 日		円

配偶者を被扶養者として認定する場合は記入してください
 配偶者基礎年金番号 ※国民年金第3号被保険者資格取得届書 同時に送付します

上記のとおり申告します。~~(別添のとおり組合員証・被扶養者証を返納します)~~
 公立学校共済組合和歌山支部長 様 〒 649-0304 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
 平成〇年〇月〇日 住 所 有田市箕島26
 組合員氏名 共済 太郎 共済 印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 所属所コード 6 9 9 9 9 9

平成〇年〇月〇日 所属所名 △△小学校
 〒 640-0000 所在地 △△市××524 所属所長
 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 職 氏 名 校長 福利次郎 △△小学校 印

申告理由欄

(例) (組合員) 重度身体障害者医療制度に該当 (平成〇年〇月〇日)	在学中の学校名	学 年
(被扶養者) 共済幸子 重度身体障害者 医療制度に該当 (平成〇年〇月〇日)	入 学 年 月 日	卒 業 予 定 年 月 日
	年 月 日	年 月 日