

(様式第1号)

公費負担医療制度該当者・不該当者届

課長	課長補佐	担当	総合確認	基幹入力	入力照合

組合員証	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎 	所属機関名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
資格取得年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
該 当 者 ・ 被 扶 養 者	区分	該 当 不 該 当	氏 名	続柄	生年月日	性別	公費負担医療制度に関する事項		摘要
	組合員	<input checked="" type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 不 該 当	共済 太郎				実施市町村名	制度の名称	
		<input checked="" type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 不 該 当	共済 花子	〇〇	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	〇〇〇〇	〇〇〇〇医療	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
		<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 不 該 当			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 不 該 当			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 不 該 当			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 不 該 当			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 不 該 当			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			平成 年 月 日
<p>奈良県市町村職員共済組合理事長 殿</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>平成 〇〇 年 4 月 1 日</p> <p>職名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 長</p> <p>所属所長 氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <div style="text-align: right;"></div>									

1. 該当の場合は、医療券（写）を添付してください。
2. 不該当の場合は、摘要欄にその理由を記入し、不決定通知等不該当になったことが明らかになる書類を添付してください。