

|    |      |    |   |
|----|------|----|---|
| 決裁 | 保険課長 | 係長 | 係 |
|    |      |    |   |

## 福祉医療該当・非該当報告書

|  |                       |            |          |                                       |       |                                |                    |                      |                |  |
|--|-----------------------|------------|----------|---------------------------------------|-------|--------------------------------|--------------------|----------------------|----------------|--|
| 組合員証等の記号番号   |                       | -          | 組合員氏名    |                                       | 所属所名  |                                |                    |                      |                |  |
| 福祉医療適用者  | 報告区分                  | 氏名<br>生年月日 | 性別<br>続柄 | 福祉医療受給者証に関する事項                        |       |                                |                    |                      | 摘要             |  |
|  |                       |            |          | 種別<br><small>(乳幼児, 障害, 母子, 等)</small> | 受給者番号 | 発行機関名<br><small>(市町村名)</small> | 該当区分               | 有効期間<br>又は<br>非該当年月日 | 自己負担額<br>・負担割合 |  |
|  | 1 該当<br>2 非該当<br>3 変更 | 年 月 日生     | 男・女      |                                       |       |                                | ・全診療<br>・入院<br>・歯科 | 年 月 日から<br>年 月 日まで   | 割<br>円         |  |
|  | 1 該当<br>2 非該当<br>3 変更 | 年 月 日生     | 男・女      |                                       |       |                                | ・全診療<br>・入院<br>・歯科 | 年 月 日から<br>年 月 日まで   | 割<br>円         |  |
| 1 該当<br>2 非該当<br>3 変更  | 年 月 日生                | 男・女        |          |                                       |       | ・全診療<br>・入院<br>・歯科             | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 割<br>円               |                |  |
| <p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">山口県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申告者 住所<br/>氏名</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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名<br/>氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>     |                       |            |          |                                       |       |                                |                    |                      |                |  |

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。