

決裁	保険課長	係長	係

福祉医療費受給者証に記載されている  
記号・番号を記入してください

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

組合員証等 の記号番号		123 - 456		組合員氏名		共済太郎		所属所名		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				有効期間 又は 非該当年月日	自己負担額 ・負担割合	摘要	
				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				
	1 該当 2 非該当 3 変更	H	共済 康子 年 月 日生	男・女 子	乳幼児		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	S	共済 花子 年 月 日生	男・女 妻	障害		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	H	共済 元気 年 月 日生	男・女 子	乳幼児		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	
<p>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  平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申告者 住所 市 町 1 - 1 氏名 共済花子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">共済</span></p>											
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 市長 氏名 山口次郎 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">長 印</span></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。