

決裁	保険課長		

福祉医療該当・非該当報告書

組合員等 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 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
				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		男・女				・全診療	年 月 日から	割
	2 非該当						・入院		
	3 変更	年 月 日生					・歯科	年 月 日まで	円
	1 該当		男・女				・全診療	年 月 日から	割
	2 非該当						・入院		
	3 変更	年 月 日生					・歯科	年 月 日まで	円
	1 該当		男・女				・全診療	年 月 日から	割
	2 非該当						・入院		
	3 変更	年 月 日生					・歯科	年 月 日まで	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;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申告者 住所 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;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 氏名</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。