

公費医療費支給制度 受給状況報告書

決定 伺	課長	課長補佐・主幹	課員

記号	番号	組合員氏名	所属所名	
999	99999	共済 太郎	〇〇市	
適用条例	<input checked="" type="checkbox"/> 重度障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等 <input type="checkbox"/> 乳幼児（子ども）			
該当者氏名	①	共済 花子	続柄	配偶者
	②		続柄	
	③		続柄	
	④		続柄	
異動年月日	平成 〇年 〇月 〇日 令和		<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>福岡県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>住所 〇〇市△△1丁目2番3号</p> <p>組合員 氏名 共済 太郎</p>				

※該当する場合、市町村より交付された「医療証」の写しを添付してください。

FAX 092-641-5040 (FAX可)

共済組合受付印