

(給付様式第8-1号)

市区町村による医療費助成受給の(開始・停止・延長)届出書

助成対象者氏名 (医療証等の対象者) 生年月日	公費負担医療の種類	受給期間	医療助成する 市区町村
年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児(乳児)医療 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患(難病)医療 <input type="checkbox"/> その他()	年 月 日) 年 月 日	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児(乳児)医療 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患(難病)医療 <input type="checkbox"/> その他()	年 月 日) 年 月 日	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児(乳児)医療 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患(難病)医療 <input type="checkbox"/> その他()	年 月 日) 年 月 日	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児(乳児)医療 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患(難病)医療 <input type="checkbox"/> その他()	年 月 日) 年 月 日	

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合神奈川支部長 殿

年 月 日

所属所名

公立大学法人 横浜市立大学附属
市民総合医療センター

組合員証番号

組合員氏名
(署名)

届け出が必要なとき

- * 新たに医療費助成制度の適用対象者となったとき
- * 医療費助成適用期間が変更になったとき
- * 医療費助成が停止になったとき

【添付書類】

- ・ 市区町村から交付された医療証等の写し

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1

公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ

電話 (045)210-8179

市区町村による医療費助成受給の **開始**・停止・延長) 届出書

助成対象者氏名 (医療証等の対象者) 生年月日	公費負担医療の種類	受給期間	医療助成する 市区町村
神奈川 小太郎 令和〇年 〇月 〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 小児(乳児)医療 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患(難病)医療 <input type="checkbox"/> その他()	令和〇年 〇月 〇日) 令和〇年 〇月 〇日	〇〇市
	<input type="checkbox"/> 小児(乳児)医療 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患(難病)医療 <input type="checkbox"/> その他()	年 月 日) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 小児(乳児)医療 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患(難病)医療 <input type="checkbox"/> その他()	年 月 日) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 小児(乳児)医療 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児)医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患(難病)医療 <input type="checkbox"/> その他()	年 月 日) 年 月 日	

組合員の場合は、組合員氏名
被扶養者の場合は、被扶養者氏名

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合神奈川支部長 殿

令和〇年 〇月 〇日

所属所名

〇〇市立〇〇〇学校

組合員証番号

080808

組合員氏名
(署名)

神奈川 太郎

届け出が必要なとき

- * 新たに医療費助成制度の適用対象者となったとき
- * 医療費助成適用期間が変更になったとき
- * 医療費助成が停止になったとき

【添付書類】

- ・市区町村から交付された医療証等の写し

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1

公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ

電話 (045)210-8179