福祉医療報告書

重度心身障がい(児)者医療報告書

組合員証記号番号	組合員氏名	所属所
100 － 99999	共済　太郎	○○市

給付対象者			
対象者氏名	生年月日	性別	続柄
共済　太郎	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 平成 令和	男・女	本人

重度心身障がい（児）者医療

下記のとおり報告いたします。（該当する番号を○で囲んでください。）

1　新たに医療証の交付を受けました。

（　適用年月日　令和　○ 年 ○ 月 ○ 日　）

2　組合員（被扶養者）資格取得時に既に交付を受けています。

（　適用年月日　令和　　年　　月　　日　）

3　交付を受けていましたが、受給資格がなくなりました。

（　終了年月　令和　　年　　月　　日　）

山形県市町村職員共済組合理事長　様

一般社団法人
山形県市町村職員互助会理事長　様

令和　○ 年 ○ 月 ○ 日

住所　○○市○○町○丁目○－○

組合員

氏名　共済　太郎

※　この報告による個人情報は、当組合・互助会の医療給付事業に係る事務に限り使用します。　(R6.4.1)

※　上記１に該当し届出を行うときは、医療証の写しを添付してください。

※　制度適用を受ける方の医療機関等での一部負担金額は１割（上限あり）または０円ですが、共済組合への医療費請求情報ではその詳細が確認できませんので、該当者の医療給付は一律で支給を停止します。

※　一部負担金有の方で、医療機関等でのひと月あたりの一部負担金額の額（外来の場合調剤も合算）が、4,200円以上となる場合は、当組合・互助会へ請求することで、医療給付の支給を受けることができます。

（共済組合使用欄）

入力日	担当

福祉医療報告書

☑ ひとり親家庭等
□ 親子健やか

医療報告書

組合員証記号番号	組合員氏名	所属所
100 － 99999	共済　花子	○○市

給付対象者

対象者氏名	生年月日	性別	続柄
共済　一郎	平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	男・女	長男
対象者氏名	生年月日	性別	続柄
	平成 令和 年 月 日	男・女	
対象者氏名	生年月日	性別	続柄
	平成 令和 年 月 日	男・女	

ひとり親家庭等医療　親子健やか医療

下記のとおり報告いたします。（該当する番号を○で囲んでください。）

1 新たに医療証の交付を受けました。
（ 適用年月日　令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ）

2 組合員（被扶養者）資格取得時に既に交付を受けています。
（ 適用年月日　令和　年　月　日 ）

3 交付を受けていましたが、受給資格がなくなりました。
（　） 所得制限により制度対象外となった。
（　） 子が19歳に達した。
（　） その他（子の就職、組合員の婚姻等による）
（ 終了年月　令和　年　月　日 ）

山形県市町村職員共済組合理事長 様
一般社団法人
山形県市町村職員互助会理事長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

組合員
住所　○○市○○町○丁目○－○
氏名　共済　花子

※ この報告による個人情報は、当組合・互助会の医療給付事業に係る事務に限り使用します。　(R6.4.1)
※ 上記１に該当し届出を行うときは、医療証の写しを添付してください。
※ ひとり親家庭等医療、親子健やか医療の場合は、該当者全部を報告ください。
※ ひとり親家庭等医療、親子健やか医療の制度適用を受ける方は、医療機関等での一部負担金額が生じませんので、当組合・互助会からの医療給付は停止します。

（共済組合使用欄）

入力日	担当