

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	〇〇市	
給付対象者			
対象者氏名	生年月日	性別	続柄
共済 太郎	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日	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。)		
	<p>① 新たに医療証の交付を受けました。</p> <p>(適用年月日 令和 〇年〇月〇日)</p> <p>2 交付を受けていましたが、受給資格がなくなりました。</p> <p>(終了年月 令和 年 月 日)</p>		
<p>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</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇                  組合員                  氏名 共済 太郎</p>			

※ この報告による個人情報、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。(R5.4)

※ 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	〇〇市	
給付対象者			
対象者氏名	生年月日	性別	続柄
共済 二郎	平成〇年〇月〇日	男	長男
対象者氏名	生年月日	性別	続柄
	平成 年 月 日	男・女	
対象者氏名	生年月日	性別	続柄
	平成 年 月 日	男・女	

下記のとおりに報告いたします。（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 〇年 〇月 〇日）

2 交付を受けていましたが、支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）

ひとり親家庭等医療

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 〇年 〇月 〇日

住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇  
 組合員 氏名 共済 花子

※ この報告による個人情報、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。 (R5.4)

※ 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