

課 長	保 健	係

公 費 負 担 受 給 報 告 書

組合員証 記号番号	—	組合員 氏 名		所 属 所 名	
療 養 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
				続 柄	
報 告 内 容	1 妊 産 婦 2 重度心身障害等 3 ひとり親世帯 4 そ の 他			診 療 開 始 年 月	年 月
公費負担受給 開始年月日	年 月 日	公費負担受給 終了年月日	年 月 日		
公費負担の関係 法令又は条例				出産（予定）日 ※妊産婦の場合	年 月 日
<p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">栃木県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">組 合 員</p> <p style="text-align: right;">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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>					

- 1 この報告書は、地方公共団体の条例等の定めるところによる医療給付等を受けることができる者について報告してください。
- 2 組合員又は被扶養者が該当し、受給に係る資格者証が発行されましたら報告してください。
 - ・受給開始年月日 該当した月の1日
 - ・受給終了年月日 妊 産 婦 出産日の翌月末日（翌々月末の場合もあります。）
 - 重度心身障害等 無記入
 - ひとり親世帯(親) 末子の18歳の属する3月31日
 - ひとり親世帯(子) 18歳の属する3月31日
- 3 重度心身障害等、ひとり親世帯の方が公費負担受給終了した場合も、この報告書により報告してください。
- 4 「公費負担の関係法令又は条例」欄には、〇〇法又は県（市町村）〇〇条例第〇条と記入してください。
- 5 こども医療該当者は、年齢にて把握しますので、報告の必要はありません。