

この報告は判明次第すみやかに報告
ください。(妊産婦の場合は母子手帳
の発行と同時に該当することになり
ます。)

課長	保健	係

公費負担受給報告書

組合員証 記号番号	123 - 4567	組合員 氏名	共済 太郎	所属 所名	〇〇市役所
療養者 氏名	共済 花子	生年 月日	昭和60年 3月 2日	性別	男・ 女
				続柄	妻
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	令和〇〇年 3月	
公費負担受給 開始年月日	令和〇〇年 4月 1日	公費負担受給 終了年月日	令和〇〇年 12月 31日		
公費負担の関係 法令又は条例	〇〇市の妊産婦における条例	出産(予定)日 ※妊産婦の場合	令和〇〇年 11月 15日		
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>栃木県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇年 4月 1日</p> <p style="text-align: right;">住所 〇〇市〇〇町4-5-6 組合員 氏名 共済 太郎</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>令和 〇〇年 4月 1日</p> <p style="text-align: right;">職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇〇〇</p>					

分かる範囲でご記入ください。

宇都宮市在住の場合のみ
翌々月末です。

- 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。
- 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 出産日の翌々月末(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
- 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。
- 「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。
- 子ども医療該当者は、年齢にて把握しますので、報告の必要はありません。