

公費負担受給（開始・停止）報告書

組合員証	記号	○○○	組合員氏名	共済 太郎
	番号	○○○		

該当者氏名		続柄	生年月日	公費番号	受給開始・停止年月日	
組合員		本人	年 月 日		開始 ・ 停止	年 月 日
被 扶 養 者	共済 花子	妻	平成 ○年 ○月 ○日	91	開始 ・ 停止	令和 ○年 ○月 ○日
			年 月 日		開始 ・ 停止	年 月 日
			年 月 日		開始 ・ 停止	年 月 日
			年 月 日		開始 ・ 停止	年 月 日
			年 月 日		開始 ・ 停止	年 月 日

公費番号	○1 重度心身障害者医療費助成条例（○○○市・町・村） 92 ひとり親家庭医療費助成条例（市・町・村）（母子92、父子97） 93 心身障害者医療費助成条例（市・町・村） 96 愛媛県以外の都道府県又は市区町村が実施する乳幼児医療費助成条例（愛媛県と内容が異なるもの）（市・区・町・村） 98 愛媛県内の市町が実施する児童又は子ども医療費助成条例（該当者が組合員と別居の場合のみ）（市・町） 99 その他の医療費助成条例（ ）
------	--

上記のとおり報告します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿

令和 ○年 ○月 ○日

組合員氏名

共済 太郎

印

上記は事実と相違ないものと認めます。

令和 ○年 ○月 ○日

所属所長

職名 ○○市長

氏名 ○○ ○○

印

(注) 1 愛媛県以外の都道府県又は市区町村が実施する乳幼児医療費助成条例（愛媛県と内容が異なるもの）、その他の医療費助成条例の場合は、当該条例の写しを添付して下さい。
 2 ここでいう別居とは、該当者の住所（市町）が、組合員が共済組合へ届出している住所（市町）と異なることをいいます。