

【医療費助成制度該当届】

(あて先)

年 月 日

名古屋市職員共済組合理事長

所 属	
組 合 員 等 記 号 番 号	

組合員

住 所

氏 名

下記のとおり医療費助成制度の該当者となりましたので届け出ます。

該 当 者	ふ り が な 氏 名		続柄	
	現 住 所 〔 組合員と同じ 場合は不要 〕			
	生 年 月 日	年 月 日		
該 当 する 助 成 制 度	名 称	1. 障害者医療費助成制度 (障) 2. ひとり親家庭等医療費助成制度 (親) 3. 乳幼児医療費助成制度 (乳) (注)※不該当から再度該当になった方 4. その他 ()		
	医療証等の番号			
	有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	交 付 日	年 月 日		
	助 成 の 方 法 〔 該当するもの に○をつけて ください 〕	1. 現物給付 (窓口で医療費を支払わない) 2. 償還払い (支払った医療費を市町村へ請求する)		

1. この届は該当者1名につき1通提出し医療証の写を添付してください。
2. この届を提出しないで医療費助成制度の適用を受けている事実が判明した場合は、遡って給付金を返還していただくことになりますので、特にご注意ください。
3. 当初この届を提出された方で医療費助成制度の継続更新の場合は提出不要です。

(注) ※乳幼児医療費助成制度については、「被扶養者申告書」にもとづき市町村条例の内容と住所地により支給調整をしておりますので原則「該当届」は不要です。ただし、所得減・他市町村への住所移転により再度該当となった方は「該当届」を提出してください。