

【医療費助成制度不該当届】

(あて先)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

名古屋市職員共済組合理事長

所 属	総務局○○課
組合員等 記号番号	共済 太郎

組合員

住 所 名古屋市○区○○○○ ○-○

氏 名 共済 太郎

下記のとおり 医療費助成制度 後期高齢者医療制度 の不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	キヨサイ ハコ 共済 花子	続柄	長女
	現 住 所 〔 組合員と同じ 場合は不要 〕	名古屋市○区○○○○ ○-○		
	生 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
該当していた助成制度の名称	1 障害 2 ひとり親等 3 子ども等			
不 該 当 と な っ た 期 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
不 該 当 と な っ た 理 由 〔 該当するものに○を つけてください。 〕	1. 所得限度額を超過したため 2. 助成対象区域外に住所移転したため 3. 助成対象年齢の範囲外となったため (ひとり親のみ) 4. 障害認定の申請を撤回したため 5. そ の 他 〔 理 由 〕			
備 考				

(注) 1. この届は該当者1名につき1通を提出してください。

2. この届を提出しない場合は給付金が支給されませんので、不該当となった場合は
すぐ届け出てください。