

# 【医療費助成制度 不該当届】 後期高齢者医療制度

(あて先)

年 月 日

名古屋市職員共済組合理事長

所 属	
組合員証 記号番号	

組合員

住 所

氏 名

印

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		続 柄	
	現 住 所 <small>〔 組合員と同じ 場合は不要 〕</small>			
	生 年 月 日	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 4 後期高齢者			
不 該 当 と な っ た 期 日	年 月 日			
不 該 当 と な っ た 理 由	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 所得限度額を超過したため</li> <li>2. 助成対象区域外に住所移転したため</li> <li>3. 助成対象年齢の範囲外となったため (ひとり親のみ)</li> <li>4. 後期高齢の基準に該当しなくなったため</li> <li>5. 障害認定の申請を撤回したため</li> <li>6. そ の 他</li> </ol> <div style="margin-top: 10px; text-align: center;"> <span style="font-size: 2em;">〔</span> 理 由 <span style="font-size: 2em;">〕</span> </div>			
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てください。