

【医療費助成制度 不該当届】 後期高齢者医療制度

(あて先)

平成 年 8 月 5 日

名古屋市職員共済組合理事長

所 属	総務局職員部 課
組合員証 記号番号	1 2 3 4 5 6 7

組合員

住 所 名古屋市 区 町 × × 番地

氏 名 共済 太郎 (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	共 済 信 長	続柄	長男
	現 住 所 (組合員と同じ 場合は不要)			
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 5 月 5 日		
該 当 して いた 助 成 制 度 の 名 称	1 障害 2 ひと親等 3 子ども等 4 後期高齢者			
不 該 当 と な っ た 期 日	平成 年 7 月 31 日			
不 該 当 と な っ た 理 由	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 (ひと親のみ) 4. 後期高齢の基準に該当しなくなったため 5. 障害認定の申請を撤回したため 6. その他 理由			
備 考	該当するものに を つけてください。			

(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。