



決 裁	課 長	合 議	担 当

市町村条例等による医療給付の 該当者・不該当者 届書

組 合 員 証		組 合 員 氏 名		所 属 所 名	
記 号	番 号				
市 町 村 条 例 等 に よ る 医 療 給 付 の 受 給 者 証					
受 給 者 氏 名		生 年 月 日 続 柄・性 別	昭 和	年 月 日	男 女
市 町 村 番 号	0 0 1 7	受 給 者 番 号			
発 行 機 関 名		該 当 年 月 日 又 は 不 該 当 年 月 日	平 成	年 月 日	
区 分	1 心 身 障 害 者 ( 児 ) 2	摘 要	級 A ・ B		
<p>上記のとおり市町村条例等による医療給付の該当者・不該当者となったので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">石川縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 届 出 者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>					

- 「該当者」「不該当者」のいずれかの文字を○で囲んでください。  
なお、該当者には、医療費の自己負担がないため家族療養費附加金・一部負担金払戻金(自己負担に対する給付)は支給されませんので、ご了承ください。
  - 心身障害者(児)の場合は、摘要欄に身体障害者手帳の障害程度等級又は療育手帳の総合判定を記入してください。
- ※ 法律等に基づく公費負担の医療制度の該当者で自己負担のある方は家族療養費附加金・一部負担金払戻金を支給します。(市町村が全額負担する場合があります。)
- (添付書類) 心身障害者医療受給者証の写