

## 公費負担受給（開始・停止）報告書

組合員証	記号		組合員氏名			
	番号					
該 当 者 氏 名		続柄	生 年 月 日	公費番号	受給開始・停止年月日	
組 合 員		本 人	昭 和 平 成 年 月 日		開 始 ・ 停 止	年 月 日
被			昭 和 平 成 年 月 日		開 始 ・ 停 止	年 月 日
扶			昭 和 平 成 年 月 日		開 始 ・ 停 止	年 月 日
養			昭 和 平 成 年 月 日		開 始 ・ 停 止	年 月 日
者			昭 和 平 成 年 月 日		開 始 ・ 停 止	年 月 日
公費番号	91 重度心身障害者医療費助成条例（市・町・村） 92 ひとり親家庭医療費助成条例（市・町・村） 93 心身障害者医療費助成条例（市・町・村） 96 愛媛県以外の都道府県又は市区町村が実施する乳幼児医療費助成条例 （愛媛県と内容が異なるもの）（市・区・町・村） 99 都道府県・市区町村が独自に定める医療費助成事業 （市・区・町・村）					
<p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名</p>						
<p>上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長 職名 氏名</p>						

(注) 受給者証の写しを添付して下さい。