

心身障害者医療費助成受給資格 届出書

| | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------|--|
| 組合員の 記号番号 (職員番号) | 仙 市 | 所 属 | |
| | | 組合員氏名 | |
| 対 象 者 名 氏 名 | | 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 |
| 届 出 事 由 | 受 給 者 証 の 有 効 期 限 | | 受 給 者 番 号 |
| <input type="checkbox"/> 新規登録 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 更新 | | | |
| <input type="checkbox"/> 喪失 | 喪失年月日 | 令和 年 月 日 | |
| <p>市町村の条例等による心身障害者医療費助成受給資格について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">仙台市職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">組合員 氏 名 (自署又は記名押印)</p> <p style="text-align: center;">日 中 連 絡 先 電 話 番 号</p> | | | |

(注) この届出書は、市町村の条例等による心身障害者医療費助成の受給資格を新規に取得したとき、更新したとき、又は喪失したときに提出するものです。

【添付書類】 受給者証又は却下（停止）通知書の写し

| | | | |
|---|-------|-----|--|
| 処 | リ ス ト | 入 力 | |
| 理 | | | |
| 欄 | | | |