

○岐阜県市町村職員共済組合給付の支給手続等に関する規程

昭和61年 5月28日

規 程 第 2 1 号

第1次改正	昭和63年 7月 4日
第2次改正	平成 8年 2月22日
第3次改正	平成14年11月22日
第4次改正	平成17年 9月12日
第5次改正	平成18年12月 4日
第6次改正	平成19年 6月 7日
第7次改正	平成21年 6月23日
第8次改正	平成25年 2月21日
第9次改正	平成25年 6月26日
第10次改正	平成27年 9月29日
第11次改正	平成28年 2月29日
第12次改正	令和 3年 5月27日
第13次改正	令和 5年 3月 1日

第1章 総則

(趣旨)

第1条 この規程は、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号。以下「法」という。）及び岐阜県市町村職員共済組合定款（昭和37年定款第1号。以下「定款」という。）に定める給付（定款附則第4項に規定する一部負担金の額等の払戻しを含む。）を受けるための請求手続その他の手続（以下「請求手続等」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

（第6次改正）

(請求手続等の基本原則)

第2条 法及び定款の規定による給付を受けようとする者（受けていた者及びその遺族を含む。）は、地方公務員等共済組合法施行規程（昭和37年総理府・文部省・自治省令第1号（以下「施行規程」という。）に定めるもののほか、この規程の定めるところにより請求手続等をしなければならない。

（第6次改正）

第2章 短期給付

(療養費・家族療養費請求書)

第3条 施行規程第107条に規定する療養費請求書（施行規程第110条において家族療養費請求書と読み替えて準用する場合を含む。）は、別紙様式第1号（給付用）によるものと

する。

(特定疾病療養受療証交付申請書)

第4条 施行規程第110条の3の規定により、特定疾病（健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第79条第5項に規定する厚生大臣の定める疾病をいう。）について組合の認定を受けようとする者が提出する書類は、別紙様式第2号（給付用）とする。

(出産費請求書及び家族出産費請求書)

第5条 施行規程第111条に規定する出産費請求書及び家族出産費請求書は、別紙様式第3号（給付用）によるものとする。

(埋葬料請求書及び家族埋葬料請求書)

第6条 施行規程第112条に規定する埋葬料請求書及び家族埋葬料請求書は、別紙様式第4号（給付用）によるものとする。

(傷病手当金請求書)

第7条 施行規程第113条に規定する傷病手当金請求書は、別紙様式第5号（給付用）によるものとする。

(出産手当金請求書)

第8条 施行規程第114条に規定する出産手当金請求書は、別紙様式第6号（給付用）によるものとする。

(休業手当金請求書)

第9条 施行規程第115条に規定する休業手当金請求書は、別紙様式第7号（給付用）によるものとする。

(弔慰金請求書及び家族弔慰金請求書)

第10条 施行規程第116条に規定する弔慰金請求書及び家族弔慰金請求書は、別紙様式第8号（給付用）によるものとする。

(災害見舞金請求書)

第11条 施行規程第117条に規定する災害見舞金請求書は、別紙様式第9号（給付用）によるものとする。

(高齢者の医療の確保に関する法律の障害の認定を受けた者の届出)

第12条 施行規程第119条の2の規定により、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第50条第2号の規定による障害の認定を受けた者（その者が被扶養者であるときは、その者を扶養する組合員）が提出する書類は、別紙様式第10号（給付用）とする。

(第7次改正)

第3章 長期給付

(長期給付に係る請求書等)

第13条 施行規程第120条から第161条に規定する請求書等については、全国市町村職員共済組合連合会の定めた年金事務様式によるものとする。

(第6次改正)

第4章 附加給付

(附加給付等の請求)

第14条 定款第35条第1項各号に規定する附加金及び定款附則第4項に規定する一部負担金の額等の払戻し（以下「附加給付等」という。）を受けようとする者は、次の各号に定めるところにより請求しなければならない。

- (1) 家族療養費附加金及び一部負担金の額等の払戻し 別紙様式第28号（給付用）による家族療養費附加金・一部負担金払戻金請求書により行うものとする。
- (2) 埋葬料附加金及び家族埋葬料附加金 第6条に規定する埋葬料請求書及び家族埋葬料請求書により行うものとする。

（第6次改正）（第9次改正）

(療養の給付等の1件の意義)

第15条 定款第36条及び附則第5項に規定する1件は、同条及び同項に定めるもののほか、次の各号に定めるところによる。

- (1) 保険医療機関及び組合が契約した医療機関又は保険薬局（以下「医療機関等」という。）から提出された診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（以下「レセプト」という。）1枚を1件とする。
- (2) 診療が2月以上にわたるときは、各月分をそれぞれ1件とする。
- (3) 同一月内に医療機関等を異にして診療を受けたときは、それぞれの医療機関等（総合病院にあつては各科別）ごとに1件とする。
- (4) 同一月内に入院及び外来診療を受けたときは、それぞれ1件とする。
- (5) 医療機関等において薬剤の投与に代えて処方せんが交付されるときは、当該処方せんに基づく薬局での薬剤の支給は、処方せんを交付した医療機関における療養の一環とみなし、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書をあわせて1件とする。

（第6次改正）（第8次改正）

(請求の特例)

第16条 第14条第1号に規定する附加金及び一部負担金の額等の払戻しの請求については、その実情を考慮し、給付事務の円滑と正確を期するため、別に理事長の定めるところによることができる。

（第6次改正）

(他法令適用に係る申告等)

第17条 組合員は、組合員及びその被扶養者が定款第36条第3項に規定する他の法令等の規定による療養の給付又は家族療養費に相当する給付（以下「他法令の給付」という。）を受けることができる者である場合には、別紙様式第31号（給付用）による他法令適用申告書を所属所長を経て理事長に提出しなければならない。

2 前項の規定により他法令適用申告書を提出していた者で、他法令の給付を受けられなくなった者は、別紙様式第32号（給付用）による他法令適用中止申告書を提出しなければならない。

- 3 年齢が1歳に達する月までの被扶養者に係る地方公共団体の条例等の規定による乳幼児医療費の給付に関しては、第1項の規定にかかわらず、他法令適用申告書の提出は要しないものとする。この場合において、組合員の所得の状況その他の事由により乳幼児医療費の支給を受けることができないときは、別紙様式第33号（給付用）による乳幼児医療費の支給を受けることができないことに関する届出書を提出しなければならない。
- 4 前項後段の規定によって乳幼児医療費の支給を受けることができないことに関する届出書を提出していた者が、乳幼児医療費の支給を受けることとなったときは、別紙様式第34号（給付用）による乳幼児医療費の支給を受けることとなったことに関する届出書を提出しなければならない。

（第6次改正）

第5章 雑則

（様式の特例）

第18条 理事長は（第3章に規定する長期給付を除く。）特別の事情により別紙様式各号に定める請求書、申請書、届出書その他の書類により難いと認めるときは、これと異なる様式を定めることができるものとする。

（第6次改正）

（委任）

第19条 この規程に定めなき事項で必要な事項は、別に理事長が定める。

（第6次改正）

附 則

（施行期日）

1 この規程は、昭和61年4月1日から施行する。

（細則の廃止）

2 岐阜県市町村職員共済組合附加給付及び一部負担金払戻金支給細則（昭和48年細則第6号）は廃止する。

3 地方公務員等共済組合法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第108号）による改正前の法の規定による給付に係る決定の請求その他の手続については、理事長が定めるもののほか、なお従前の例による。

附 則（昭和63年7月4日）

この変更は、昭和63年9月1日から施行する。

附 則（平成8年2月22日）

（施行期日）

この規程は、平成8年4月1日から施行する。

附 則（平成14年11月22日）

この規程は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成17年9月12日）

この規程は、平成17年9月12日から施行する。

附 則（平成18年12月4日）

- 1 この規程は、公告の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。
- 2 この規程は、平成18年10月1日以後に給付事由が生じた出産費、家族出産費及び埋葬料、埋葬料附加金、家族埋葬料、家族埋葬料附加金について適用し、同日前に給付事由が生じた出産費、家族出産費及び埋葬料、埋葬料附加金、家族埋葬料、家族埋葬料附加金については、なお従前の例による。

附 則（平成19年6月7日）

この規程は、平成19年6月7日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

附 則（平成21年6月23日）

この規程は、平成21年4月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則（平成25年2月21日）

この規程は、平成25年4月1日から施行し、平成25年2月1日以後の診療について適用する。

附 則（平成25年6月26日）

この規程は、平成25年4月1日から施行し、平成25年2月1日以後の診療について適用する。

附 則（平成27年9月29日）

- 1 この規程は、平成27年10月1日から施行する。
- 2 この規程は、平成27年10月1日以後に給付事由が発生した傷病手当金、出産手当金、休業手当金、弔慰金、家族弔慰金及び災害見舞金について適用し、同日前に給付事由が生じた傷病手当金、出産手当金、休業手当金、弔慰金、家族弔慰金及び災害見舞金については、なお従前の例による。

附 則（平成28年2月29日）

- 1 この規程は、平成28年4月1日から施行する。
- 2 この規程は、平成28年4月1日以後に給付事由が発生した傷病手当金及び出産手当金について適用し、同日前に給付事由が生じた傷病手当金及び出産手当金については、なお従前の例による。

附 則（令和5年3月1日）

この規程は、令和5年3月1日から施行し、令和4年10月1日から適用する。ただし、第2条は令和5年1月1日から適用し、第3条は同年4月1日から施行する。

給 付 決 定 書

年度	保健給付	種別				
※ 金					起案年月日	年 月 日
					執行年月日	年 月 日
上記の金額を支給する。						
事務局長	次長	課長	課長補佐	係長	主任	係
備考						
療養費・訪問看護療養費 家族療養費・家族訪問看護療養費					入院	
請求書					外来	
組合員証		組合員氏名	所属機関名			
記号	番号					
療養者氏名			生年月日	年 月 日	※コード	
傷病名			傷病の原因			
初診年月日	年 月 日	医療機関又は薬局名及びその住所		保険医療機関 保険薬局 その他		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養に要した費用	円	請求金額	円	
組合員証を使用しなかった理由（具体的に）						
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>岐阜県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>						

1. 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
2. 入院・外来の欄は、どちらか該当する方に○を附してください。
3. ※欄は記入しないでください。

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員が記入する欄	組合員氏名 及び生年月日	年 月 日	組 合 員 証			
			記号		番号	
	認定対象者氏名 及び生年月日	年 月 日	コード (共済組合使用欄)			
認定対象者の住所	(〒 -)					
疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3. その他 ()					

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名 称 医療機関の 所 在 地 医師氏名
--------	---

上記のとおり申請します。

岐阜県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日
住所
組合員
氏名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

年 月 日
職 名
所属所長
氏名

決 裁 年 月 日						受付年月日
事務局長	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係	

給 付 決 定 書

年度	保 健 給 付	出 産 費・家 族 出 産 費					
出産費・家族出産費 ※ 金						起案年月日	年 月 日
						執行年月日	年 月 日
上 記 の 金 額 を 支 給 す る。							
事 務 局 長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係	
備 考							
出 産 費 請 求 書 家 族 出 産 費							
組 合 員 証			組合員氏名			所 属 機 関 名	
記号	番号						
資格取得年月日	年 月 日			資格喪失年月日	年 月 日		
出産者氏名				出 産 児 氏 名			
出産年月日	年 月 日			出 産 の 場 所			
医師または助産師の証明	<p style="text-align: right; margin-right: 20px;">(出産者氏名)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 _____ は、出産・死産・早流産 (妊娠 ヲ月) したことを証明する。 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">住 所 証明者 氏 名</p>						
備 考							
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>岐阜県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">住 所 請求者 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;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">職 名 所属所長 氏 名</p>							

1. ※欄は記入しないでください。
2. 医師または助産師の証明にかえて、出生証明書の写・母子手帳の写・戸籍謄本の写・住民票の写も可とします。
3. 出産児氏名は「死産・流産・人工妊娠中絶」の場合は、記載不要です。

給 付 決 定 書

年度	保 健 給 付	埋 葬 料 ・ 家 族 埋 葬 料								
	附 加 給 付	埋 葬 料 附 加 金 ・ 家 族 埋 葬 料 附 加 金								
埋 葬 料 ・ 家 族 埋 葬 料		※金				起案年月日	年	月	日	
埋 葬 料 附 加 金 ・ 家 族 埋 葬 料 附 加 金		※金				執行年月日	年	月	日	
上 記 の 金 額 を 支 給 す る。										
事 務 局 長	次 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	主 任	係				
埋 葬 料 ・ 家 族 埋 葬 料 埋 葬 料 附 加 金 ・ 家 族 埋 葬 料 附 加 金										
請 求 書										
組 合 員 証		組 合 員 氏 名				所 属 機 関 名				
記 号	番 号									
死 亡 者 氏 名		生 年 月 日			年	月	日	※コード		
死 亡 年 月 日		年	月	日	死 亡 の 場 所					
埋 葬 年 月 日		年	月	日	死 亡 の 原 因			1. 病死（病名： ） 2. 交通事故 3. 自殺 4. その他（ ）		
埋葬料請求 の場合の振込口座（希望する□にチェックをしてください。）										
公金口座への振込みを希望する場合		<input type="checkbox"/>	マイナポータルから登録された口座への振込みとなります。 （被扶養者以外の場合は「公金受取口座情報を利用するために必要な特定個人情報の提供及び利用に係る事務の実施についての同意書」が必要です。）							
指定口座への振込みを希望する場合		<input type="checkbox"/>	指定口座をご記入のうえ、通帳の写しを添付してください。 （口座の名義は請求者と同一人に限ります。）							
指 定 口 座	金融機関名		支店名		預金種別	口座番号		口座名義(カタカナ)		
					普通					
上 記 の と お り 請 求 し ま す。										
岐 阜 県 市 町 村 職 員 共 済 組 合 理 事 長 様										
年 月 日										
請 求 者 住 所 氏 名										
組 合 員 と の 関 係 (認 定)										
上 記 の 記 載 事 項 に 誤 り が ない こ と を 確 認 し ま し た。										
年 月 日										
所 属 所 長 職 名 氏 名										

1. この請求書を提出するときは、市区町村長の埋葬許可証の写又は、火葬許可証の写（やむを得ない理由がある場合には、死亡の事実を証明する書類）を添えてください。
2. 被扶養者であった者以外の方が埋葬する場合には、1のほか、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添えてください。
3. ※欄は記入しないでください。
4. 死亡の原因を○で囲ってください。

給 付 決 定 書

年度	休業給付	種別	傷病手当金			
※ 金					起案年月日	年 月 日
					執行年月日	年 月 日
上記の金額を支給する。						
事務局長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係
傷 病 手 当 金 請 求 書						
組 合 員 証		組合員			所 属 機 関	名 称
記号	番号	氏 名			所在地	
傷 病 名				資格取得年月日	退 職 年 月 日	
				年 月 日	年 月 日	
発病年月日	年 月 日		勤務できなくなった最初の日		年 月 日	
介護保険法による 給付を受けたとき	保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号		保 険 者 名	
療 養 の た め 勤 務 で き な い こ と に 関 す る 医 師 の 証 明	(医師の意見) 現在の勤務ができない状況を詳しくご記入ください。					
					
					
					
			医療機関の所在地			
			医療機関名			
			医師の氏名			
標準報酬月額 の平均	円	請求期間	年 月 日 から	請求金額	円	
			年 月 日 まで			
障害 厚生 基礎 年金の額	円	年 月	から受給開始	障害一時金の額と支給年月日		
老齢 厚生 基礎 年金の額	円	年 月	から受給開始	円		
				年 月 日		
上記のとおり請求します。						
岐阜県市町村職員共済組合理事長 様						
年 月 日						
			請 求 者	住 所		
				氏 名		
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。						
年 月 日						
			所 属 所 長	職 名		
				氏 名		

- 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
- 療養のために勤務に服することができない期間中に介護保険の給付を受けたときは、被保険者証に記載されている保険者番号・被保険者番号及び保険者名を記入してください。
- ※欄は記入しないでください。

給 付 決 定 書

年度	休業給付	種別	出産手当金			
※ 金					起案年月日	年 月 日
					執行年月日	年 月 日
上記の金額を支給する。						
事務局長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係
備考						
出 産 手 当 金 請 求 書						
組 合 員 証		組合員 氏 名	所 属 機 関	名 称		
記号	番 号			所 在 地		
出 産 年 月 日	年 月 日	資格取得	年 月 日	資格喪失	年 月 日	
出 産 予 定 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
勤 務 でき な か っ た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	病 院 又 は 診 療 所 名 及 び 所 在 地				
療 養 の 給 付 の 対 象 と な っ た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
標準報酬月額の 平均	円	請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	請求金額	円	
出産に関する 医師又は 助産師の証明	1. 出産年月日 年 月 日 (正常・異常) 2. 出産予定日 年 月 日 3. 多胎妊娠の場合 児 上記のとおり証明する。 年 月 日 証明者 住 所 氏 名					
上記のとおり請求します。 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 請求者 住 所 氏 名						
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名						

- 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
- ※欄は記入しないでください。

給 付 決 定 書

年度	休業給付	種別	休業手当金				
※ 金				起案年月日	年	月	日
				執行年月日	年	月	日
上記金額を支給する。							
事務局長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係	
備考							

休 業 手 当 金 請 求 書

組 合 員 証		組合員氏名	所 属 機 関	名称			
記号	番号			所在地			
勤務できなかつた期間	年 月 日から 年 月 日まで	勤務できなかつた理由					
標準報酬月額	第 等級 円	請求期間	年 月 日から 年 月 日まで	請求金額	円		
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第 号に該当することを証明する。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 証明者 職 名 氏 名 </div>						
上記のとおり請求します。 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 請求者 住 所 氏 名 </div>							
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名 </div>							

1. 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
2. ※欄は記入しないでください。

給 付 決 定 書

年度	災 害 給 付	種 別						
※ 金				起案年月日	年	月	日	
				執行年月日	年	月	日	
上記の金額を支給する。								
事務局長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係		
弔 慰 金・家族弔慰金 請 求 書								
組 合 員 証		組合員氏名			所 属 関	名 称		
記号	番号				機 関	所在地		
標準報酬月額	第 等級		円	請求金額				
備 考	標準報酬月額 × $\frac{\quad}{10}$ =							
市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明	死亡者氏名			生年月日	年	月	日 <small>※コード</small>	
	死亡年月日	年	月	日	死亡の場所			
	死亡の原因 及びその状況							
	非常災害により死亡したことを証明する。 年 月 日 証明者 職名 氏名 印							
弔慰金請求 の場合の振込口座（希望する□にチェックをしてください。）								
公金口座への振込みを希望する場合	<input type="checkbox"/>	マイナポータルから登録された口座への振込みとなります。 (被扶養者以外の場合は「公金受取口座情報を利用するために必要な特定個人情報の提供及び利用に係る事務の実施についての同意書」が必要です。)						
指定口座への振込みを希望する場合	<input type="checkbox"/>	指定口座をご記入のうえ、通帳の写しを添付してください。 (口座の名義は請求者と同一人に限ります。)						
指定 口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)			
			普通					
上記のとおり請求します。 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 請求者 住 所 氏 名 組合員との関係								
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名								

1. ※欄は記入しないでください。

給 付 決 定 書

年度	災 害 給 付	災 害 見 舞 金					起案年月日	年 月 日
災 害 見 舞 金							執行年月日	年 月 日
災 害 見 舞 品								
上 記 金 額 を 支 給 す る。								
事務局長	次 長	課 長	課長補佐	係長	主任	係		

災 害 見 舞 金 請 求 書																	
組 合 員 証				組合員	氏 名		所 属 機 関	名 称									
記号		番号						所 在 地									
標準報酬月額		第 等級		請求金額	災 害 見 舞 金		円										
		円															
備 考																	
市区町村長、 消防署長又は 警察署長の証明										り 災 者 氏 名		り 災 年 月 日	年 月 日				
										り 災 の 場 所							
										り 災 の 原 因 及 び そ の 状 況							
										損 害 の 程 度							
										上記のとおり証明する。 年 月 日 証 明 者 職 名 氏 名 印							
摘 要																	
上記のとおり請求します。 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 請 求 者 住 所 氏 名																	
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 年 月 日 所 属 所 長 職 名 氏 名																	

高齢者医療障がい認定該当者・不該当者届

組合員証		記号	番号	組合員氏名		所属機関名		
組合員資格取得年月日		年 月 日		生年月日	年 月 日			
該当・不該当者	区分	該当 不該当	氏名及び生年月日	高齢者医療の被保険者証に関する事項		対象者住所		
				保険者番号及び被保険者証番号	資格取得年月日又は不該当年月日			
	組合員	1 該当	被保険者証番号	保険者番号	資格取得年月日			
		2 不該当		年 月 日				
	被扶養者	1 該当	被保険者証番号	被保険者証番号	不該当年月日			
		2 不該当		年 月 日				
	養者	1 該当	被保険者証番号	保険者番号	資格取得年月日			
		2 不該当		年 月 日				
	上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 所属所長							

別紙様式第11号 (給付用)	削除 (第2次改正)
別紙様式第12号 (給付用)	削除 (第2次改正)
別紙様式第13号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第14号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第15号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第16号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第17号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第18号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第19号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第20号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第21号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第22号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第23号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第24号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第25号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第26号 (給付用)	削除 (第6次改正)
別紙様式第27号 (給付用)	削除 (第6次改正)

一部負担金払戻金
 家族療養費附加金 請求書

所属所名		年月分					
番号	組合員証番号	組合員氏名	受診者氏名	受診月	総医療費	自己負担額	請求金額
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
合	計						

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

年 月 日

岐阜県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長

別紙様式第29号（給付用）削除（第8次改正）

別紙様式第30号（給付用）削除（第8次改正）

別紙様式第31号（給付用）（第7次改正）（第12次改正）

他 法 令 適 用 申 告 書

組 合 員 証				組 合 員	所属所名	
記号		番号			住 所	
					氏 名	
他法令の適用 (福祉医療)を 受ける者の氏名		組合員との続柄 () 生年月日 年 月 日				
適用法令名 <small>(該当する箇所に ○をつけてください)</small>		1 重度心身障がい者医療費助成 2 母子家庭等医療費助成 3 その他 ()				
他法令適用 (医療費助成) 開始年月日	 年 月 日				
上記のとおり申告します。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">岐阜県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">組合員 氏 名</p>						
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p>						

※受給資格者証(福祉医療受給者証)の写しを添付してください。

※該当者1名につき1枚提出してください。

※他法令の適用を受けなくなった場合は『他法令適用中止申告書』を提出してください。

他法令適用中止申告書

組 合 員 証				組 合 員	所属所名
記号	番号		住所		
			氏名		
他法令の適用（福祉医療）を受けていた者の氏名		組合員との続柄（ ） 生年月日 年 月 日			
適用中止法令名 <small>（該当する箇所に○をつけてください）</small>		1 重度心身障がい者医療費助成 2 母子家庭等医療費助成 3 その他（ ）			
他法令適用（医療費助成）中止年月日		年 月 日限り			
<p>上記のとおり申告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岐阜県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>組合員 氏名</p>					
<p>上記の記載事項に誤りが無いことを確認しました。</p> <p>年 月 日</p> <p>所属所長</p>					

※該当者1名につき1枚提出してください。

乳幼児医療費の支給を受けることができないことに関する届出書			
所属所		被扶養者氏名	
組合員証 記号番号	—	住 所	
氏 名		生年月日	
<p style="text-align: center;">わたくしの被扶養者である上記の者に係る乳幼児医療費については、下記の理由によりこれを受けることができないので届け出ます。</p> <p>(理由) (いずれかに○印をつけること)</p> <p style="margin-left: 20px;">イ いわゆる所得制限に該当するため</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ その他（理由を記入すること）</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">住 所</p> <p style="margin-left: 150px;">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="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">所属所長</p>			

乳幼児医療費の支給を受けること
となったことに関する届出書

所属所		被扶養者氏名	
組合員証 記号番号	—	住 所	
氏 名		生年月日	

わたくしの被扶養者である上記の者は、いままで乳幼児医療費の支給を受けられなかったが、今回、次の理由によって乳幼児医療費の支給を受けることができることとなったので届け出ます。

(理由)

乳幼児医療費の支給が始まる日 年 月 日

年 月 日

住 所

氏 名