

他法令適用申告書 / 他法令適用中止申告書

組合員及び被扶養者が在住の市町村で、重度心身障がい者又は母子家庭等による福祉医療費助成を受けることとなったとき、またはその助成を受けられなくなったときに提出してください。

※ 母子家庭等の場合は、組合員(親)及び子1人につき各1枚の申告書が必要です。

- ・福祉医療費助成を受けることとなった場合。または助成を受けている者が組合員・被扶養者となる場合に提出。

【添付書類】

- ・在住市町村が発行した福祉医療費受給者証の写し〔母子等助成の場合は組合員(親)・子それぞれの受給者証〕

他法令適用申告書

別紙様式第31号 (給付用)

他法令適用申告書

組合員等		組	所	〇〇市役所	
記号	番号	合	住	所	〇〇市藍田南5-14-53
600	1234	員	氏	名	共 済 太 郎
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 (長女)		
共 済 恵 子			生年月日 〇年〇月〇日		
適用法令名 (該当する番号に〇をつけてください)		〇 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		〇 年 4 月 1 日			
上記のとおり申告します。 令和〇年4月1日					
所長		〇〇市長 △△△△			

生活保護を受給している場合など

福祉医療費の助成を受けることになった最初の日を記入してください。

他法令適用中止申告書

別紙様式第32号 (給付用)

他法令適用中止申告書

組合員等		組	所	〇〇市役所	
記号	番号	合	住	所	〇〇市藍田南5-14-53
600	1234	員	氏	名	共 済 太 郎
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 (長女)		
共 済 恵 子			生年月日 〇年〇月〇日		
適用中止法令名 (該当する番号に〇をつけてください)		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		〇 年 9 月 30 日 限り			
上記のとおり申告します。 令和〇年10月1日 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 組合員 氏名 共 済 太 郎					
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和〇年10月1日 所長 〇〇市長 △△△△					

※該当者1名につき1枚提出してください。

福祉医療費の助成を受けられなくなった場合に提出してください。(添付書類なし)