

(別紙2)

医療費助成制度の受給者報告書

組合員等 記号番号	—	所属所名	
組合員 氏名			
組合員 住所			
該当者氏名		続柄	
該当者住所			
生年月日	年 月 日		
市町村の給付 助成の条件	1 自己負担分全額 2 自己負担分全額のうち()割 3 その他()		
給付の種類	【記載例】 ○○○法による○○○医療		
医療費助成の該当 又は不該当年月日	該 当	年	月 日
	不該当	年	月 日
上記の記載事項は事実と相違ないことを認めます。 高知縣市町村職員共済組合 理事長 様 年 月 日 (市町村福祉医療係)			
上記のとおり報告します。 年 月 日 市町村長			