ひとり親又は重度心身障害者等医療費受給資格者報告書

組合員番号	組合員氏名	続柄	受給資格者名	生年月日	該当年月日	非該当年月日

※　医療費受給資格該当者を報告する場合、ひとり親又は重度心身障害者等の医療費受給資格者証の写しを添付してください。

上記の者は、ひとり親医療費助成条例又は重度心身障害者医療費助成条例等に基づく医療費受給資格（該当者　非該当者）となりましたので報告します。

鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿

令和　　年　　月　　日
所属所長