

ひとり親家庭又は重度心身障害者医療費受給資格者報告書

組合員証 記号番号	組合員氏名	受給資格者 氏名	組合員との 続柄	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（母子・父子）家庭又は重度心身障害者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（母子・父子）家庭医療費助成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

住所：

組合員氏名：

㊞

電話番号：