

母子・父子家庭医療費助成受給資格 届出書

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市	所 属		
		組合員氏名		
対象者氏名	生年月日		続柄	受給者番号
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			
届 出 事 由	受給者証の有効期限			
<input type="checkbox"/> 新規登録	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 更新				
<input type="checkbox"/> 喪失	喪失年月日	令和 年 月 日		
<p>市町村の条例等による母子・父子家庭医療費助成受給資格について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">仙台市職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">組合員 氏 名 _____ (自署又は記名押印)</p> <p style="text-align: center;">日 中 連 絡 先 電 話 番 号 _____</p>				

(注) この届出書は、市町村の条例等による母子・父子家庭医療費助成の受給資格を新規に取得したとき、更新したとき、又は喪失したときに提出するものです。

【添付書類】 受給者証又は却下（停止）通知書の写し（対象者全員分）

処 理 欄	リ ス ト	入 力	