課　　長	課長補佐	G　L	担 当	合 議

福祉医療費助成制度該当（不該当）報告書

組合員証 記号番号		組合員 氏　名		所属所名	

該当者氏名		続柄	生年月日	該当（不該当）年月日	
組合員		本人	年　月　日	該 当 日 不該当日	年　月　日
被扶養者			年　月　日	該 当 日 不該当日	年　月　日
			年　月　日	該 当 日 不該当日	年　月　日
			年　月　日	該 当 日 不該当日	年　月　日
			年　月　日	該 当 日 不該当日	年　月　日

種　類	1.重度心身障害者医療費助成　（福祉番号：　　）
	2.母子（父子）家庭医療費助成（福祉番号：　　）
	3.市町において設けられた特別な医療費助成
	（名称：　　、番号：　　）

上記のとおり報告します。

滋賀県市町村職員共済組合理事長　様

平成　　年　　月　　日

住　所

組 合 員

氏　名　　印

上記は事実と相違ないものと認めます。

平成　　年　　月　　日

職　名

所属所長

氏　名　　印