公費医療費助成制度　該当・非該当　届

＊ 鳥取県（窓口は市町村）が実施する　小児・ひとり親家庭・重度心身障がい者・精神障がい者・特定疾病　の医療費助成制度に該当する場合は、届出の必要はありません。

所属所名	組合員証 記号－番号	組合員氏名	住民票に登録されている住所
	－		都・道　市・区 府・県　町・村

対象者		氏名	続柄	適用制度 1～4の該当する制度に○をしてください。	異動年月日 該当する□にチェックをしてください。
	①			1．乳幼児（こども）　2．ひとり親家庭　3．重度心身障がい者 4．お住まいの市区町村独自で行われている医療費助成制度	平成 令和　年　月　日 □ 該当　□ 非該当
	②			1．乳幼児（こども）　2．ひとり親家庭　3．重度心身障がい者 4．お住まいの市区町村独自で行われている医療費助成制度	平成 令和　年　月　日 □ 該当　□ 非該当

上記のとおり届出します。

鳥取県市町村職員共済組合理事長　　様

令和　　年　　月　　日

組合員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

連絡先 ＊ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊共済組合から連絡する場合に、所属所の共済事務担当者を通さずに直接ご本人への連絡を希望される方は、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

※ 共済組合記入欄 決裁	事務局次長	課長
令和　年　月　日		
	合議	主査

【 添付書類 】

該当するとき･･･市町村が交付する受給資格証の写し。

非該当となったとき･･･非該当になったことが確認できる書類（市町村から送付された通知文書等）の写し。