

【医療費助成制度不該当届】

(あて先)

令和 年 月 日

名古屋市職員共済組合理事長

所 属	
組合員等 記号番号	

組合員

住 所

氏 名

下記のとおり 医療費助成制度 後期高齢者医療制度 の不該当者となりましたので届け出ます。

該 当 者	ふ り が な 氏 名		続柄	
	現 住 所 〔 組合員と同じ 場合は不要 〕			
	生 年 月 日	年 月 日		
該当していた助成制度の名称		1 障害 2 ひとり親等 3 子ども等		
不 該 当 と な っ た 期 日		年 月 日		
不 該 当 と な っ た 理 由 〔 該当するものに○を つけてください。 〕		1. 所得限度額を超過したため 2. 助成対象区域外に住所移転したため 3. 助成対象年齢の範囲外となったため (ひとり親のみ) 4. 障害認定の申請を撤回したため 5. そ の 他 〔 理 由 〕		
備 考				

(注) 1. この届は該当者1名につき1通を提出してください。

2. この届を提出しない場合は給付金が支給されませんので、不該当となった場合は
すぐ届け出てください。