別紙2

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	

医療費助成制度の受給者報告書

組合員証記号番号	ー	所属所名	
組合員氏名		住　　所	

該当者氏名		組合員との続柄	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		
市町村の給付助成の条件	1.　自己負担分全額 2.　自己負担分のうち(　　)割 3.　その他(　　)		
給付の種類	記載例:○○○法による○○○医療		
医療費助成の開始又は停止年月日	開始　　年　　月　　日 停止　　年　　月　　日		

上記の記載事項は事実と相違ないことを認めます。

高知県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

(市町村福祉医療係)

上記のとおり報告します。

令和　　年　　月　　日

市町村長