ひとり親家庭又は重度心身障害者医療費受給資格者報告書

組合員証番号	組合員氏名	受給資格者氏名	組合員との続柄	生年月日	該当年月日	非該当年月日

※ 医療費受給資格該当者を報告する場合、ひとり親（父子・母子）家庭又は重度心身障害者の医療費受給資格者証の写しを添付してください。

上記の者は、ひとり親家庭又は重度心身障害者医療費助成条例等に基づく医療費受給資格（　該当者　・　非該当者　）となりましたので報告します。

鹿児島県市町村職員共済組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

所属所長