## 公費負担受給(開始・停止)報告書

<b>√</b> □ ∧		記号						組	合 員	氏	名							
組合	貝寺	番	号					生	年	月	月	昭平	和成	年		月		月
討	<b>É</b>	当	者	氏	名	続	柄	生	年	月	日		公費番号	受給	開始	• 停	止年	月日
組合員						本	人	昭和平成	] <del>;</del> 年	<b>三</b> 月		日		開始 • 停止		年	月	日
被								昭和 平成 令和	年	<u> </u>		日		開始 停止		年	月	日
扶								昭和 平成	年	<b>三</b> 月		日		開始 ・ 停止		年	月	日
								昭和 平成	年	三月		日		開始・		年	月	日
養								昭和 平成	年	· 月		日		開始 • 停止		年	月	日
者								昭和 平成	年	三月		日		開始 • 停止		年	月	日
公 3	91 重度心身障害者医療費助成条例 ( 市・町・村)   92 ひとり親家庭医療費助成条例 ( 市・町・村)   93 心身障害者医療費助成条例 ( 市・町・村)   96 愛媛県以外の都道府県又は市区町村が実施する乳幼児等医療費助成条例 ( 愛媛県と内容が異なるもの) ( 市・区・町・村)   99 都道府県・市区町村が独自に定める医療費助成事業 市・区・町・村)																	
上記のとおり報告します。																		
	愛媛り	県市町	「村」	職員共	済組合理	事長	様											
		令和		年	月	E	3											
						組合	·員氏	:名										
上	記の部	己載事	項に	こ誤り	がないこ	とを確	産認し	しまし	た。									
		令和		年	月	E	3											
						所	属所	長	战名									
								B	名									

<sup>(</sup>注) 受給者証の写しを添付してください。