

他 法 適 用 申 告 書

組 合 員 証 記 号 番 号		組	住 所	
		合	氏 名	
		員	所 属 所 名	
療 養 者 の 氏 名	組合員との続柄 昭和 平成 年 月 日生 令和			
公 費 負 担 を 受 け る 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
公 費 負 担 の 適 用 法 令		公費負担割合(額)		(円)
		自己負担割合(額)		(円)
備 考				
上記のとおり報告します。 令和 年 月 日 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 <div style="text-align: right;">組合員氏名</div>				
上記の記載事項は事実と相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">所属所長</div>				