（様式 11 号　共助会・退職互助兼用）

受付日

公費負担・助成制度該当申出書

一般財団法人　福島県農協役職員共助会　御中

下記のとおり公費負担・助成制度に該当しましたので届け出いたします。　　令和　　年　　月　　日届出

会員コード		会員氏名	会員区分
		㊞	１．共助会会員（現職者） ２．退職互助会員（退職者）

該当者氏名	続　柄	公費負担・助成制度該当日
		ＳＨＲ 年　　月　　日

該当した公費負担・助成制度名	
１．障がい認定（等級：　　級）	２．自立支援医療制度（精神通院医療・更正医療・育成医療）
３．ひとり親家庭医療費助成制度	４．妊産婦医療費助成制度（出産予定日：　年　月　日）
５．指定難病医療費助成制度（特定疾患）	６．肝炎治療医療費助成制度
７．結核医療費公費負担制度	
８．健康保険組合からの助成（健保組合名：　　助成対象金額：　　円以上）	
９．その他公費負担・助成制度（制度名：　　）	

所得制限有無	
１．なし（公費等から助成を受けられる）	２．あり（公費等から助成を受けられない） 【所得制限期間　　年　月　日～　　年　月　日まで】

添付書類 （裏面に添付してください）	（１）各種公費負担・助成制度に該当した際に交付された手帳及び医療費受給者証の写し （２）手帳や医療費受給者証の交付がないときは、公的機関発行の公費助成が証明できる書類の写し （３）高額所得等で所得制限に該当している場合は、所得制限期間を証明できる通知書等の写し （４）健康保険組合からの助成があるときは、「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写しと助成内容が分かるパンフレット等の写し
注意事項	（１）当会の医療給付は、公費負担・助成制度に該当している場合、該当する金額を差し引いて給付します。（障がい認定に該当されている方で「重度心身障がい者医療費受給者証」をお持ちの方、「ひとり親家庭医療費助成制度」、「妊産婦医療費助成制度」に該当されている場合、当会の医療給付（保険適用分の給付）は給付対象外となります。） （２）届け出の内容に変更があった場合は、速やかに再度届け出してください。 （３）共助会の医療給付金と公費負担を同時に受けることはできません。判明した場合、ただちに全額返金していただくことになります。

団体名
（事業所名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
～退職互助会員についてはこの欄の記入を省略します。～

事務局長	検証	起案

※この届け出によって取得する個人情報は、当会の保険料徴収ならびに給付金支払い事務・統計および分析等を目的に利用いたします。

下記の欄をご記入のうえ、添付書類をのり付け欄へ添付してください。

会員コード	会員氏名	会員区分
		１．共助会会員（現職者） ２．退職互助会員（退職者）
該当者氏名	**続　柄**	**公費負担・助成制度該当日**
		ＳＨＲ 年　　月　　日

添付書類のり付け欄
※のり付け欄より大きな書類については、のり付けはせずにホッチキス等で申出書に添付してください。