

課長	課長補佐	担当	総合確認	基幹入力	入力照合

乳幼児医療 該当 不該当 申告書

組合員証	記号	〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎	所属機関名	□ □ □
	番号	〇〇〇〇				

乳幼児氏名	共済 花子	乳幼児生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
-------	-------	---------	-------------------

該当年月日 (適用開始日)	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
------------------	-------------------

不該当年月日 及び不該当事由	平成 年 月 日 事由 ()
-------------------	--------------------

上記のとおり申告します。

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 〇〇 年 4 月 1 日

住所 〇〇市〇〇1-2-3
組合員氏名 共済 太郎



上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 〇〇 年 4 月 1 日

職名 □ □ □ 長

所属所長

氏名 △ △ △ △



* 申告書の記載において、上記見出しについては該当・不該当のいずれかをしてください。
また、「該当」申告の場合には、乳幼児医療証の写しを添付し、「不該当」申告の場合には、乳幼児医療証交付（更新）申請却下通知書等の不該当であることが明らかになる市町村からの通知の写しを添付するか、源泉徴収票の写しを添付してください。