

公費負担医療制度 適用届

川崎市職員共済組合理事長宛て

〇〇 ●●年●月●●日

職員コード	1 2 3 4 5 6 7 8	氏名	共済 太郎
所属	●●局 ●●課	電話	(123) 4567 (内線 99999)
対象者氏名 (続柄)	共済 花子	(続柄: 子)	
適用種類 (該当するものに○を付けてください。)	<p>① 小児医療費助成制度 2 重度心身障害者医療費助成制度 3 ひとり親家庭医療費助成制度 4 その他 ()</p>		

※ 対象者が複数ある場合は、それぞれ作成してください。

※ 医療証の写しを添付してください。