

公費医療・市町福祉医療助成受給該当者届 **公費の場合** 記入例

記号	1000	番号	10	被保険者氏名	健康 太郎 <small>健康印</small>			
生年月日	昭平 ○ 年 ○ 月 ○ 日			性別	男・女			
事業所名	びわこ農業協同組合							
福祉医療費助成受給								
福祉番号								
該当者氏名	氏名			続柄		該当された日		
公費医療費助成受給								
公費負担番号								
1 5 6 0 0 0 0 0								
該当者氏名	氏名			続柄		該当された日		
	健康 花子			妻		平成〇〇年4月1日		
令和 元年 10 月 1 日 滋賀県農協健康保険組合 様								

※ 県または市町から発行された受給者証の(写)を添付して下さい。

受付印

公費医療・市町福祉医療助成受給該当者届 **福祉の場合** 記入例

記号	1000	番号	10	被保険者氏名	健康 やす子 <small>健康印</small>			
生年月日	昭平 △ 年 △ 月 △ 日			性別	男・女			
事業所名	びわこ農業協同組合							
福祉医療費助成受給								
福祉番号								
4 6 1 0 0 0 0 0								
該当者氏名	氏名			続柄		該当された日		
	健康 やす子			本人		平成〇〇年〇月〇日		
	健康 一朗			長男		平成〇〇年〇月〇日		
	健康 二郎			二男		平成〇〇年〇月〇日		
公費医療費助成受給								
公費負担番号								
該当者氏名	氏名			続柄		該当された日		
令和 元年 10 月 1 日 滋賀県農協健康保険組合 様								

※ 県または市町から発行された受給者証の(写)を添付して下さい。

受付印