

医療費助成資格認定(喪失)届

認定(喪失)者氏名	
生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日
年 齡	歳
医療費助成の根拠 法令等 (該当事項に○印をすること)	身体障害者福祉法、児童福祉法、母子福祉法、精神衛生法、 結核予防法、性病予防法、生活保護法、老人性白内障、 手術費助成事業、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律、 先天性代謝異常児医療給付事業、小児がん治療研究事業、 老人保健法(65歳以上75歳未満の者) その他()
医療費助成の有無等 (該当事項に○印をすること)	自己負担あり (自己負担割合) 自己負担なし
認定(喪失)年月日	平成 令和 年 月 日
指定医療機関等 (病院の指定がある場合)	

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

文部科学省共済組合広島大学支部長 殿

組合員 所属部局等

個人番号

氏 名

※助成内容の分かる書類(乳幼児等医療費受給書証(写し)や障害者手帳(写し))を添付してください。