令和　　　年　　　月　　　日

地方職員共済組合広島県支部長

様

一般財団法人広島県職員互助会理事長

乳幼児医療費・こども医療費助成制度適用対象外届

　この度，被扶養者である　　　　　　　に係る乳幼児等医療費補助制度等の

適用について，住民登録をしている　　　　　　　　　　に確認したところ，

所得制限等により乳幼児等医療費補助制度等の適用対象外となりましたので，

届け出ます。

〇適用対象外

　　　年　　　月　　　日　~

所属機関名

組合員番号

氏　　　名

* お子さんが，地方職員共済組合広島県支部に被扶養者として認定された時点で，乳幼児等医療費補助制度等の適用対象外であった場合のみ届け出てください。