

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

年 月 日

職員コード	氏名
所属 局	課 電話 () (内線)
対象者氏名 (続柄) (続柄 :)	
適用種類 (該当するものに○を付けてください。) 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 ()	

※ 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。