

「医療費のお知らせ」交付依頼書

(元)組合員情報	(退職時)所属所名		(退職時)組合員番号	
	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	住所	〒 - -		
		(電話番号) - -		
請求者氏名	フリガナ		生年月日	
	氏名(自署)		(元)組合員との続柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏名(自署)		(元)組合員との続柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏名(自署)		(元)組合員との続柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏名(自署)		(元)組合員との続柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏名(自署)		(元)組合員との続柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏名(自署)		(元)組合員との続柄	
<p>地方職員共済組合 大分県支部長 殿</p> <p>上記請求者の令和5年度分の「医療費のお知らせ」を交付申請します。</p> <p style="text-align: center;">提出者連絡先 (住所)</p> <p style="text-align: center;">(氏名)</p> <p style="text-align: center;">(電話番号)</p> <p style="text-align: right;">交付依頼年月日 年 月 日</p>				

注 1「請求者氏名」欄には、「医療費のお知らせ」の交付を希望する方本人がそれぞれ自署で記入してください。
 2「請求者」は、地方職員共済組合の(元)組合員、(元)被扶養者に限ります。