

「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 | |
| <p>地方職員共済組合埼玉県支部長様</p> <p>上記請求者の令和6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。