

| | | | |
|------|----|----|----|
| 常務理事 | 部長 | 課長 | 担当 |
| | | | |

医療費のお知らせ〔発行・再発行〕申請書

| | |
|---------------------|---|
| 被保険者証記号・番号 | 記号 番号 資格喪失後の方は当組合加入中の勤務先を記入 ・ () |
| 被保険者氏名 | |
| 対象期間 | 令和 年分 |
| 発行理由 (あてはまるものに○) | 1. 医療費控除申告に必要なため 2. その他：理由をご記入下さい。 () |
| 備考 | |

※被保険者による申請に限ります。

※やむを得ず被保険者による申請ができない場合は、当組合までお問合せください。
【 業務課 ☎:06-6942-3624 平日 9:00~17:00 】

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

| | |
|--------|---|
| 被保険者住所 | 〒 ー |
| 被保険者氏名 | |
| 電話番号 | ※申請内容の確認のため、連絡させていただく場合があります。 日中連絡のつく番号をご記入ください。 |