

常務理事	担 当 部

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。