

「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	〇〇〇〇課	(退職時)組合員番号	111111
	フリガナ	キョウサイ タロウ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	共済 太郎		
	住所	〒870 - 8501 大分市〇〇〇〇		
		(電話番号)	090 - 1111 - 1111	
請求者氏名	フリガナ	キョウサイ タロウ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名(自署)	共済 太郎	(元)組合員との続柄	本人
	フリガナ	キョウサイ ハナコ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名(自署)	共済 花子	(元)組合員との続柄	妻
	フリガナ		生年月日	
	氏名(自署)			
	フリガナ			
	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	

請求者欄には、請求者（医療費のお知らせを必要とする人）それぞれの自署をお願いします。

地方職員共済組合 大分県支部長 殿

上記請求者の令和7年度分の「医療費のお知らせ」を交付申請します。

提出者連絡先 (住所) 大分市〇〇〇〇
 (氏名) 共済 太郎
 (電話番号) 090-1111-1111

交付依頼年月日 令和〇年〇月〇日

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。