

「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			
	<div>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。</div>						

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。