

「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	
	フリガナ		生年月日	
	氏名(自署)		(元)組合員との続柄	

地方職員共済組合 大分県支部長 殿

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。

提出者連絡先 (住所)

(氏名)

(電話番号)

交付依頼年月日 年 月 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。