

「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	
地方職員共済組合奈良県支部長様				
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。