

「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	〒 ー		
			(電話番号)	ー ー
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5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。