

医療費のお知らせ交付申請書

申請書受付期間：1月1日～1月31日

組合員等記号番号	所属所名
111	123
	〇〇市
氏名	共済 太郎
医療費のお知らせ 発行対象期間	令和 〇 年 1 月 ～ 令和 〇 年 12 月 ※令和6年9月以降の受診分に限ります。
申請事由（※）	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費の確認 <input type="checkbox"/> 確定申告に使用するため <input type="checkbox"/> その他（ ）
上記のとおり申請します。 青森県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 1 月 9 日 住所 〇〇市××1-2-3 申請者 電話番号 111-222-3333 氏名 共済 太郎	

※「申請事由」欄は、必ず該当するものに☑してください。

※ 2月下旬に発行いたします。