

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	
氏名			
医療費のお知らせ 発行対象期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月 ※令和6年9月以降の受診分に限ります。		
申請事由（※）	☐ 医療費の確認 ☐ 確定申告に使用するため ☐ 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 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏 名			

※「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。