

「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 沖縄県 支部長様 上記請求者の令和 年度分の「医療費のお知らせ」を交付申請します。 <div style="text-align: right;"> 提出者連絡先 (住所) (氏名) (電話番号) </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 交付依頼年月日 年 月 日 </div>				

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。