「医療費のお知らせ」交付申請書

以下の希望する区分に○を付けてください。

区 分		申請する診療期間	支部申請受付期間（注1）	交付予定日
A（注2）	1	平成29年分	令和3年11月 1日～11月19日	都度
	2	平成30年分		
	3	令和元年分		
	4	令和2年分		
B	令和 3年1月～10月	令和3年11月20日～12月17日	令和4年1月上旬	
C	令和 3年1月～11月	令和3年12月18日～令和4年1月21日	令和4年2月上旬	
D	令和 3年1月～12月	令和4年 1月22日～2月18日（注3）	令和4年3月上旬（注4）	

- 注1 「支部申請受付期間」内に支部で受領していない場合は、次の「交付予定日」での取り扱いとなります。
注2 区分 A と併せて区分 B、C、D を希望する場合の「交付予定日」は、B、C、D となります。
注3 令和4年2月18日を過ぎてから支部で受領した場合は、3月中旬以降の交付予定となります。確定申告には間に合いませんので、お気を付けてください。
注4 令和3年分の確定申告にご利用の場合、確定申告期限までに期間がありませんので、区分 B、C を申請のうえ、記載のない期間は領収書を参考に明細書を作成することをお勧めします。

上記のとおり「医療費のお知らせ」の交付を申請します。

公立学校共済組合青森支部長 殿

令和 年 月 日

組合員番号 公立青森

申請者 所属所名

氏 名

※ 交付方法について

- 世帯での発行となるため、この申請書により被扶養者分も作成されます。
- 「医療費のお知らせ」は、組合員及び被扶養者毎に作成し、**組合員宛て親展**で送付します。
- なお、特に申し出がない限り、世帯単位でまとめて組合員の届出住所へ送付します。

(郵送先・問い合わせ先)

〒030-8540

青森市長島1丁目1番1号 青森県教育庁職員福利課内

公立学校共済組合青森支部 共済給付・年金グループ

電話 017-734-9913（直通）

FAX 017-734-8276

支部受領印