

「医療費のお知らせ」交付依頼書

区分	希望に○	希望する診療期間	交付時期
当年分		令和 6年1月分～10月分	いずれか 1つを選択 令和7年1月中旬以降 令和7年2月中旬以降 令和7年3月中旬以降 ㊿
		令和 6年1月分～11月分	
		令和 6年1月分～12月分	
	㊿ 令和6年分の確定申告期限に間に合いませんので、確定申告にご使用の場合は、令和6年1月分～11月分の診療期間で依頼し、12月分については領収書でご対応くださるようお願いします。		

【過年分の依頼がある場合は記入してください。】

平成31年1月分～令和5年12月分の希望する期間(1月分～12月分の年単位)を記入してください。
受付後順次送付します。なお、今年分も併せて希望する場合は、対応した交付時期に送付します。

平成・令和 年 1月分 から 令和 年 12月分 まで

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合青森支部長 殿

令和 年 月 日

所属所名

氏名

組合員証番号

--	--	--	--	--	--	--

【交付について】

- 当共済組合が保有する組合員の登録住所へ送付します。
なお、住所変更後に「記載事項変更届」を提出していない場合は併せてご提出ください。
- この依頼書により被扶養者分も作成されます。
また、資格喪失をした被扶養者についても、希望する診療期間内に認定していた場合は作成されます。
- 組合員分と被扶養者分を個別に送付することを希望する場合は、下表へご記入ください。
記載がない場合は、被扶養者分も組合員分とまとめて組合員の届出住所へ親展で送付します。

被扶養者氏名	続柄	送付先住所
		〒 —
		〒 —

※個人情報の取り扱いについて

当支部では、「医療費のお知らせ(医療費通知)」を世帯単位で組合員へ送付することとしますが、これは個人情報保護法上の第三者提供に該当するため、本来であれば事前に組合員及び被扶養者から個々に同意を得る必要があります。

しかしながら、本人にとって利益となるもの、または組合の負担が膨大である上、明示的な同意を得ることが必ずしも本人にとって合理的であるとはいえない場合、厚生労働省のガイドラインによって黙示による包括的な同意で良いこととされています。

当支部ではこれに準じ、上記【交付について】3の表への記入がない場合は、世帯全員分を組合員へ送付することに同意を得たものとし、

(提出及び連絡先)

〒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)

支 部 受 領 印

--