

医療費助成適用者申出書

組合員証番号			
組合員氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
所属所名			
適用対象氏名		性別	男・女
生年月日	平成・令和 年 月 日		
市町村名			
有効期限	令和 年 月 日		
<p>上記のとおり申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合青森支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 自宅電話（ ） -</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名</p>			

- ※1 各市町村より交付されている受給者証等の写しを添付のうえ提出ください。
- ※2 申出書に記載された個人情報、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。