

申請期限：令和7年1月10日（金）必着（FAX不可）

「医療費のお知らせ」交付申請書

公立学校共済組合岐阜支部給付係 御中

下記の組合員及び被扶養者について、「医療費のお知らせ」の交付を申請します。

申請日 令和 年 月 日

申請者 申請者の記入のみで申請者（組合員）及び被扶養者（全員）の「医療費のお知らせ」を交付します。

所属所コード					所属所名	
組合員番号					組合員氏名	

- 注）○公立学校共済組合岐阜支部の健康保険証をお持ちの方が対象となります。
後期高齢者医療へ移行した家族や他の健康保険に加入している方は、それぞれの保険者へお尋ねください。
- 夫婦とも組合員の場合は、各々に申請書を提出する必要があります。
- 申請者氏名は自署とします。（記名押印可）

「医療費のお知らせ」の交付を希望しない被扶養者がいる場合は記入してください。

氏 名	続 柄

「医療費のお知らせ」は、組合員及び被扶養者をまとめて令和7年2月に所属所の組合員宛に送付します。

まとめて送付することに同意されない方は、送付先までご連絡ください。

送付先

〒500－8570
岐阜市藪田南2－1－1
公立学校共済組合岐阜支部 給付係
電話：058－272－8898

※共済記入欄

本人	家族