

「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・年金係 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

所属所コード						所属所名	
職員番号						組合員氏名	(印)

交付希望者氏名

氏 名	続柄	備 考

組合員及び被扶養者の医療費のお知らせは、世帯分を併せて組合員の方に送付します。
併せて送付することに同意されない方は、下記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・年金係

電話:058-272-8898