「医療費通知」発行申込書

組合員記号・番号	公立群馬　・	組合員氏名	
所属所名			
受診期間	平成　　年　　月　　から　　令和　　年　　月　　まで		
申込理由	令和　　年分確定申告のため　・　その他 「その他」の理由		
備考			

※1　医療費通知は、組合員本人及び被扶養者がいる方は被扶養者全員分を発行します。

※2　受診期間については、共済組合で診療報酬の確定処理が完了した月までとなりますので、申込みいただいた受診期間全てを発行することができない場合もあります。

※3　確定申告時期（2月中旬頃）に発行する医療費通知については、確定申告対象年（前年）の1月1日から10月31日までの受診期間となります。

※4　医療費通知は、共済組合に登録された自宅住所へ郵送いたします。

※5　申込書の送付先は、以下までお願いします。

・郵送の場合　　〒371-8570　群馬県前橋市大手町1-1-1　公立学校共済組合群馬支部給付係　宛

・FAXの場合　　027-243-7840

・メールの場合　kyufu10@kouritu.or.jp

上記のとおり申込みします。

公立学校共済組合群馬支部長　様

令和　　年　　月　　日

組合員氏名

連絡先電話番号