

(給付様式第12-3号)

『医療費のお知らせ』発行願

組合員等 記号・番号	公立神奈川					組合員氏名			
電話番号 (連絡先)									
所属 コード					所属所名				
通知希望 対象者	対象者		氏名		続柄	生年月日			
	<input type="checkbox"/>	組合員				年	月	日	
	<input type="checkbox"/>	被扶養者①				年	月	日	
	<input type="checkbox"/>	被扶養者②				年	月	日	
	<input type="checkbox"/>	被扶養者③				年	月	日	
	<input type="checkbox"/>	被扶養者④				年	月	日	
	<input type="checkbox"/>	被扶養者⑤				年	月	日	
	<input type="checkbox"/>	被扶養者⑥				年	月	日	
通知の 対象期間	年		月分から		年		月分まで		
通知送付先	所属所			・		組合員自宅			
上記のとおり、『医療費のお知らせ』の発行を願います。									
公立学校共済組合神奈川支部長 様									
年 月 日									
組合員氏名 (署名)									

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

『医療費のお知らせ』発行願

記入例

組合員等 記号・番号	公立神奈川 〇 〇 〇 〇 〇 〇	組合員氏名	共済 太郎		
電話番号 (連絡先)	000-0000-0000		△ △ △ △		
所属 コード	所属所名				
通知希望 対象者	対象者		氏名	続柄	生年月日
	<input type="checkbox"/>	組合員	共済 花子		年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者①			妻
	<input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者②	共済 かもめ	子	〇 年 〇 月 〇 日
	<input type="checkbox"/>	被扶養者③			年 月 日
	<input type="checkbox"/>	被扶養者④			年 月 日
	<input type="checkbox"/>	被扶養者⑤			年 月 日
<input type="checkbox"/>	被扶養者⑥			年 月 日	
通知の 対象期間	〇 年 〇 月分から		〇 年 〇 月分まで		
通知送付先	所属所		組合員自宅		
<p>上記のとおり、『医療費のお知らせ』の発行を願います。</p> <p>公立学校共済組合神奈川支部長 様</p> <p>〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>組合員氏名 (署名) 共済 太郎</p>					

<提出先・問合せ先>
 〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
 公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
 電話 (045)210-8179