

# 『医療費のお知らせ』発行願

組合員証 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 殿  年 月 日  組合員氏名 ⑩												

『医療費のお知らせ』発行願

記入例

組合員証 記号番号	公立神奈川 ○ ○ ○ ○ ○ ○	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 共済 かもめ		妻	年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者①			子	昭和60年 5月 8日
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者②				令和1年 10月 17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		
<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 殿</p> <p>○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>組合員氏名 共済 太郎 共済 印</p>					