

領収証明書発行願

令和 年 月 日

公立学校共済組合神奈川支部長 様

住 所 〒

氏名 (署名)

組合員等番号

電 話

私は、資格喪失後に受けた療養等に係る給付について返還請求があった金額を令和____年__月__日に入金をしましたが、領収書の発行がありませんでした。
____(請求先名)____へ療養費を請求するため、領収書が必要となりましたので、返還金額の領収証明書の発行をお願いします。

問合せ先・送付先
〒231-8309 横浜市中区日本大通 7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179