

医療費通知（医療費のお知らせ）発行願

公立学校共済組合長崎支部長 様

下記のとおり、医療費通知（医療費のお知らせ）の発行をお願いします。

記

組合員番号			
組合員氏名			
発行対象者		組合員との続柄	
発行期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月		
送付先住所	〒 —		