

申 出 書 (被扶養者用)

公立学校共済組合佐賀支部長 様

私は、確定申告による医療費控除申請に医療費通知（医療費のお知らせ）が必要ですので、交付くださるようお願いいたします。

なお、「医療費のお知らせ」にあつては、組合員・被扶養者の各々に直接送付されることに同意いたします。

令和 年 月 日

(被扶養者証番号：公立佐賀)

被扶養者住所

被扶養者氏名

< 診療期間 > 年 月分 ～ 年 月分

< 送付先 > 自 宅
その他 ()

(注意事項)

- 1 組合員・被扶養者分を同時に申出の場合は、各々での申出書の提出が必要となります。
- 2 申出をする者が自ら署名を行うこと。