

# 申 出 書 (本人用)

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

(組合員証番号：公立佐賀 )

組合員住所

組合員氏名

<診療期間> 年 月分 ～ 年 月分

<送付先> 自宅・所属 ( )  
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。