【退職者用】

「医療費のお知らせ」交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 元組合員証番号 |  |
| 元　所　属　所 |  |
| 退　　職　　日 | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　　　　　名 |  |
| 交付が必要な対象年※ | 令和　　　　　　　年分 |

　公立学校共済組合埼玉支部長　様

上記のとおり、「医療費のお知らせ」の交付を申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者 | 住所 |  |
|  | 氏名 |  |
|  | TEL　 | 　　　　（　　　　　）　　　 |

* 対象年には、その前年１１月から当年１０月までの診療分を表示します。

（例：令和３年分　⇒　令和２年１１月 ～ 令和３年１０月診療分）

この申請書は随時受付していますが、交付は確定申告直前の１月下旬からです。

平成２９年分以前の「医療費のお知らせ」の再発行はできません。