

医療費助成該当者申出書 (新規 ・ 変更)

所 属 所 名								(所 属 コ ー ド)	(E)
組合員等記号・番号		公 立 徳							組 合 員 氏 名			
該 当 者	被扶養者氏名		生年月日					性 別	該 当 期 間			
			平成					男 ・ 女	平成	年	月	日 から
			令和						令和	年	月	日 まで
			平成					男 ・ 女	平成	年	月	日 から
			年号						平成	年	月	日 まで
			平成					男 ・ 女	平成	年	月	日 から
			令和						令和	年	月	日 まで
			平成					男 ・ 女	平成	年	月	日 から
			令和						令和	年	月	日 まで
			平成					男 ・ 女	平成	年	月	日 から
		令和					令和		年	月	日 まで	
<p>上記のとおり申し出ます。</p> <p>公 立 学 校 共 済 組 合 徳 島 支 部 長</p> <p style="text-align: right;">殿</p> <p>一般財団法人徳島県教職員互助組合理事長</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 一</p> <p>請求者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合省略可)</p>												
受給者証の添付有無		添付出来ない理由										
有 ・ 無												

備考

- 次に該当する場合は乳幼児医療費助成申出書を提出して下さい
県外の乳幼児医療費助成を受けている被扶養者。
- 申出書の個人情報、共済組合及び互助組合の医療費の給付処理を目的とし、業務の遂行上必要な場合に利用します。

公 立 学 校 共 済 組 合	受 付 欄	
--------------------------------------	-------------	--