

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 當 者	被扶養者氏名		生年月日		性 別	該 当 期 間
			平成 年 月 日	男・女	平成 年 月 日 から	
			令和 年 月 日	男・女	平成 年 月 日 まで	
			平成 年 月 日	男・女	平成 年 月 日 から	
			年号 年 月 日	男・女	平成 年 月 日 まで	
		平成 年 月 日	男・女	平成 年 月 日 から		
		令和 年 月 日	男・女	平成 年 月 日 まで		
		平成 年 月 日	男・女	平成 年 月 日 から		
		令和 年 月 日	男・女	平成 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 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>元 一</p> <p>請求者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合省略可)</p> <p>受給者証の添付有無 添付出来ない理由</p> <p>有 • 無</p>						

備考

- 1 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。
- 2 申出書の個人情報は、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	
----------------------	-------------	--