

医療給付金証明依頼書

所属所名 (所属コード)	(E)		組合員等 記号・番号	
			組合員氏名	
証明書が必要な理由 該当する項目に ☑をいれてください	<input type="checkbox"/> 医療控除等の確定申告を行うため <input type="checkbox"/> その他：			
証明書が必要な 者の氏名 <small>※証明が必要な 本人の署名と 捺印が必要です</small>	組合員	<input type="checkbox"/>	被扶養者 3	<input type="checkbox"/>
	被扶養者 1	<input type="checkbox"/>	被扶養者 4	<input type="checkbox"/>
	被扶養者 2	<input type="checkbox"/>	被扶養者 5	<input type="checkbox"/>
証明が必要な 診療期間	平成 年 月 ～ 平成 年 月 令和			
上記の理由により医療給付金などの証明を依頼します。 令和 年 月 日 公立学校共済組合徳島支部長 殿 <div style="text-align: center;">〒</div> <div style="text-align: center;">住所</div> <div style="text-align: center;">組合員</div> <div style="text-align: center;">氏名</div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <small>(自署の場合省略可)</small> </div>				

- ・診療時期によっては医療機関から共済組合にまだ請求がされておらず、一部、証明ができないが期間が発生する場合があります。
- ・組合員とその被扶養者5人の合計6人まで同時に依頼することができます

公立 学校 共済 組合	受付欄	
----------------------	-----	--

医療給付金証明依頼書

所属所名 (所属コード)	〇〇小学校		組合員等 記号・番号	1234567	
	(E	1234)	組合員氏名	徳島 太郎
証明書が必要な理由 該当する項目に ☑をいれてください	<input checked="" type="checkbox"/> 医療控除等の確定申告を行うため <input type="checkbox"/> その他：				
証明書が必要な 者の氏名 ※証明が必要な 本人の署名と 捺印が必要です	組合員	徳島 太郎	徳島 印	被扶養者 3	印
	被扶養者 1	徳島 花子	徳島 印	被扶養者 4	印
	被扶養者 2		印	被扶養者 5	印
証明が必要な 診療期間	平成 令和		6 年 1 月 ~	平成 令和	6 年 12 月
上記の理由により医療給付金などの証明をお願いします。 令和 6 年 12 月 25 日 公立学校共済組合徳島支部長 殿 〒 123-456 住所 組合員 組合員の住所を記入してください 氏名 徳島 太郎 印 (自署の場合省略可)					

- ・診療時期によっては医療機関から共済組合にまだ請求がされておらず、一部、証明ができないが期間が発生する場合があります。
- ・組合員とその被扶養者5人の合計6人まで同時に依頼することができます

公立 学校 共済 組合	受付欄	
----------------------	-----	--