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				)	
組合員証記号番号	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	年	月	日	男・女	平成 令和	年	月	日	から
			令和					平成 令和	年	月	日	まで
			平成	年	月	日	男・女	平成 令和	年	月	日	から
			令和					平成 令和	年	月	日	まで
			平成	年	月	日	男・女	平成 令和	年	月	日	から
			令和					平成 令和	年	月	日	まで
			平成	年	月	日	男・女	平成 令和	年	月	日	から
			令和					平成 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 殿</p> <p>一般財団法人徳島県教職員互助組合理事長</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p style="text-align: center;">請求者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</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

- 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、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	
----------------------	-------------	--