

《提出期限：令和7年12月19日（金）／医療費通知発送：令和8年2月上旬》

- ※ 申請にあたり、別紙「申請における留意事項等」をご一読ください。
- ※ 申請に基づき、組合員及びその被扶養者全員分の医療費通知を交付します
被扶養者の医療費通知を希望しない場合は、「2.交付を希望しない被扶養者名等」欄へ記入願います。

医療費通知交付申請書

下記のとおり医療費通知の交付を申請します。

1. 組合員名等

組合員等 記号番号	公立富	組合員又は組合員 であった者の氏名	
交付対象 診療年月	令和7年1月～10月診療分（接骨院等は令和7年1月～9月施術分）		

2. 交付を希望しない被扶養者名等

交付を希望しない 被扶養者氏名	組合員 との続柄	交付を希望しない 被扶養者氏名	組合員 との続柄

公立学校共済組合富山支部長 殿

令和 年 月 日

申請者

住所

氏名

印

- ※ 自署の場合は押印不要です。
※ 自署の場合は必ず原本を提出ください。
(コピー不可)

連絡先（ — — ）

【申請書送付先】〒930-8501 富山市新総曲輪1-7 富山県教育委員会 保健体育課内
公立学校共済組合富山支部 年金・医療係 宛

《提出期限：令和7年12月19日（金）／医療費通知発送：令和8年2月上旬》

- ※ 申請にあたり、別紙「申請における留意事項等」をご一読ください。
- ※ 申請に基づき、組合員及びその被扶養者全員分の医療費通知を交付します
被扶養者の医療費通知を希望しない場合は、「2.交付を希望しない被扶養者名等」欄へ記入願います。

医療費通知交付申請書

下記のとおり医療費通知の交付を申請します。

組合員証の右上に印字されている6桁の番号を記入願います。
任用形態の変更等により番号が変更になった場合は、現在お持ちの組合員証番号をご記入ください。

1. 組合員名等

組合員等 記号番号	公立富 123456	組合員又は組合員 であった者の氏名	公立 太郎
交付対象 診療年月	令和7年1月～10月診療分（接骨院等は令和7年1月～9月施術分）		

2. 交付を希望しない被扶養者名等

交付を希望しない 被扶養者氏名	組合員 との続柄	交付を希望しない 被扶養者氏名	組合員 との続柄

公立学校共済組合富山支部長 殿

令和 ○年 ○月 ○日

申請者

住所 富山市○○町1-2-3

氏名 公立 太郎

印

- ※ 自署の場合は押印不要です。
※ 自署の場合は必ず原本を提出ください。
（コピー不可）

連絡先（○○○ — ○○○○ — ○○○○）

【申請書送付先】〒930-8501 富山市新総曲輪1-7 富山県教育委員会 保健体育課内
公立学校共済組合富山支部 年金・医療係 宛