≪提出期限：令和８年12月18日（金） ／ 医療費通知発送：令和９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８年１月～10月診療分（接骨院等は令和８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　　㊞

※　自署の場合は押印不要です。
※　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

R8

記入例

≪提出期限：令和８年12月18日（金） ／ 医療費通知発送：令和９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**

※　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
　　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

組合員番号は、資格情報のお知らせ及び資格確認書の番号（6桁）を記入ください。
マイナ保険証を利用されている場合は、マイナポータルの証明書＞健康保険証＞資格情報、番号からも確認できます。
任用形態の変更等により番号が変更になった場合は、現在の組合員番号を記入ください。
※本年中に組合員資格を喪失したが、資格要件を満たさない時間数で勤務（再任用短時間等）されている方については、資格喪失前の番号を記入ください。

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　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８年１月～10月診療分（接骨院等は令和８年１月～９月施術分）		

交付を希望しない被扶養者です。
被扶養者含む全ての医療費通知の交付を希望する場合は記入しないでください。

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　〇年　　〇月　　〇日

申請者　住所　富山市〇〇町１－２－３

氏名　公立　太郎　　㊞

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

連絡先（〇〇〇　－　〇〇〇〇　－　〇〇〇〇）

【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

R8