

「医療費のお知らせ」（確定申告用）発行申請書

公立学校共済組合山梨支部 御中

所属所名 又は 所属機関名	※任意継続組合員の方は「任継」と記入してください。									
組合員証番号	公立山梨									
組合員氏名										
使用目的	<input type="checkbox"/> 医療費控除申請 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
電話番号	※日中連絡可能な番号を記入してください。									
備考	<input type="checkbox"/> 令和5年分以外も発行希望します。（ 年 月～ 年 月分） 令和5年分については（ 要 ・ 不要 ）※どちらかに○を付けてください。 <input type="checkbox"/> その他 []									

■医療費のお知らせ（確定申告用）の発行について

- ・申請書受付（令和6年1月26日迄）後、令和6年2月中旬頃に発行予定です。
- ・申請のあった組合員と、その被扶養者全員分について発行します。
- ・令和5年受診のうち、共済組合に診療報酬明細書が到着している分について記載します。
- ・令和4年以前の受診分も発行を希望される方は、備考欄の「令和5年分以外も発行希望」にチェックし、発行を希望する期間を記入してください。
- ・送付先は、組合員の住所（共済組合に登録されている住所）になります。
- ・組合員と被扶養者分を個別に送付希望の場合は、備考欄の「その他」欄に「個別送付希望」と記入してください。

■申請書の提出先

<郵 送> 〒400-8504

甲府市丸の内1-6-1

公立学校共済組合山梨支部 医療費のお知らせ担当 あて

<FAX> 055-223-1748