

「医療費のお知らせ」（確定申告用）発行申請書

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	☐ 医療費控除申請 ☐ 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	☐ 令和6年分以外も発行希望します。（令和 年 月 ～ 令和 年 月分） 令和6年分については（ 要 ・ 不要 ）※どちらかに○を付けてください。 ☐ その他 								

- ・申請書受付（令和7年1月24日迄）後、令和7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6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5年以前の受診分も発行を希望される方は、備考欄の「□令和6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。

<FAX> 055-223-1748