

# 『医療費通知書』発行依頼書(C)

岡山市町村職員共済組合理事長 様

〔記入日〕 令和 年 月 日

組合員証の記号番号		所属所名	
〔記号〕	〔番号〕左づめ		
(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 年 月 日
組合員氏名		性別	
住所	〒 -	連絡先	( ) -
申請理由	<input type="checkbox"/> 確定申告に必要なため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
□にレを記入してください			
必要な期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		

(2024.8改訂)

## 〔注意事項〕

- 郵送またはFAXで申請してください(FAXの場合、原本の提出は不要)。
- 医療費控除に関する手続き等は税務署へお尋ねください。
- 医療費通知書は、所属所の共済事務担当課を経由して送付します。

## 【提出先】

〒700-0023  
岡山市北区駅前町2丁目3番31号  
サン・ピーチOKAYAMA4階  
岡山市町村職員共済組合 保険課  
FAX:086-232-2054

共済組合受付印

共済組合受付印