

『医療費通知書』発行依頼書

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) 組合員氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
		性別	
住所	〒 -	連絡先	() -
申請理由 □にレを記入してください	<input type="checkbox"/> 確定申告に必要なため <input type="checkbox"/> その他 ()		
必要な期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		

(2023.7改訂)

〔注意事項〕

- 医療機関から提供されていない情報は記載されません。
- 医療費控除に関すること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

共済組合受付印

共済組合受付印
