

『医療費通知書』発行依頼書(C)

岡山県市町村職員共済組合理事長 様

〔記入日〕 令和 年 月 日

組 合 員 等 記 号 番 号										所 属 所 名			
〔記号〕			〔番号〕左づめ										
										生 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	
(フリガナ)										性 別			
組 合 員 氏 名													
住 所			〒 -							連 絡 先		() -	
申 請 理 由			☐ 確定申告に必要なため										
□にレを記入してください			☐ その他 ()										
必 要 な 期 間			令和 年 月 ~ 令和 年 月										

(2025.8改訂)

〔注意事項〕

- 1 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)。
- 2 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。
- 3 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
岡山県市町村職員共済組合 保険課

FAX:086-232-2054

共済組合受付印