

『医療費通知書』発行依頼書(A)

共済組合受付印

岡山市町村職員共済組合理事長 様

〔記入日〕 令和 年 月 日

組合員等記号番号		所属所名	
[記号]	[番号]左づめ		
(フリガナ)		生年月日	昭和 年 月 日 平成
組合員氏名		連絡先	() -
住 所	〒 -		
申請理由	<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 7 年 1 月 ~ 令和 7 年 10 月		

(2025.8版)

〔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・ビーチOKAYAMA4階
 岡山市町村職員共済組合 保険課
 FAX:086-232-2054

〔発行スケジュール〕

	共済組合の受付期間	発送予定日	通知に掲載する診療期間	依頼書様式
①	令和7年12月31日まで	令和8年1月30日	令和7年10月分まで	A
②	令和8年1月1日～ 令和8年2月15日	令和8年2月27日		
③	令和8年2月16日以降	令和8年3月24日	令和7年12月分まで	B

※ ①、②で発行を受けた方のうち、令和7年11月、12月診療分の医療費通知書も必要な場合は、③の受付期間以降に再度、別様式「依頼書(B)」の提出が必要です。