

課長	参事	課長補佐	係長	担当者

退職者用

確定申告用医療費通知申込書

組 合 員			
記号		番号	
氏 名			
生年月日・性別	昭・平	年	月 日 男・女
被扶養者の同意の有無 (必ずご確認のうえお申込みください。)	被扶養者全員の同意を得ています。		
証明する内容 (該当する番号に○をしてください)	1 令和3年分 (令和3年1月1日から令和3年12月31日まで) 2 令和4年分 (令和4年1月1日から令和4年12月31日まで) 3 令和5年分 (令和5年1月1日から令和5年12月31日まで) 4 令和6年分 (令和6年1月1日から令和6年12月31日まで) 5 令和7年1月1日から令和7年9月30日まで		
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
住所 : 〒 -			
氏名 :			
TEL :			
大阪府市町村職員共済組合理事長 様			

※ 現職の方はこの申込書は使えません。
※ 令和8年分は発行できません。令和8年10月頃のお申込みをお待ちください。
※ 記号番号が不明の場合は空欄でご提出ください。

共済組合受付印