「医療費のお知らせ」再交付申請書

神戸市職員共済組合理事長　宛　　神戸市職員共済組合

組合員証の記号・番号	記号 番号	所　属	電話
再交付対象 (注)	＿＿＿＿年＿＿＿月　発行分		
送付方法	□庁内メール □郵送（自宅・実家等） ※記入がなければ庁内メールとします。	郵送先住所　※組合員の住所と異なるときのみ記入してください。	

「医療費のお知らせ」の再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

組合員の　住所

　　氏名

［自宅・携帯］電話（　　）　　－

既に交付している「医療費のお知らせ」の再交付であり、記載内容（対象者や記載対象期間など）の変更はできません。

（注）再交付が可能な「医療費のお知らせ」は、共済組合受付日の属する年度及び前年度交付分のみです。

共済組合受付印

共済組合事務処理欄	
出力枚数	
送付日	