

「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	所 属	電 話
	番号		
再交付対象 ^(注)	_____年_____月 発行分		
送付方法	<input type="checkbox"/> 庁内メール <input type="checkbox"/> 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			
住所 組合員の 氏名		[自宅・携帯] 電話 (_____) _____	
		(印)	

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