

「医療費のお知らせ」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
交付対象	令和5年分（令和5年1月～10月診療分）		
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 () -			

共済組合受付印

共済組合事務処理欄

出力枚数

送付日