医 療 費 通 知 書 発 行 申 請 書

組合員等	記　　号	○○○	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名	○ ○ 市
	番　　号	○○○	生年月日	昭和 平成 ○年 ○月 ○日		
診療年月	開　始　月	令和　○　年　○　月から				
	終　了　月（選択してください）	1 現在発行可能な月の受診分までを希望 2 令和　○　年　○　月受診分までを希望			※下の注意事項をご確認ください。	
申請理由	1 医療費控除の申告手続に必要なため 2 その他（下に申請の理由をご記入ください。） （　　）					

上記のとおり医療費通知書の交付を申請します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　○　月　○　日

申請者

住所　〒○○○-○○○○
○○市○○町○丁目○－○

氏名　共済　太郎

TEL　（○○○）○○○○ － ○○○○

※退職者の方は日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。

（注意事項）

1　医療機関を受診した情報が医療費通知書に記載されるのは、受診から約3か月後になりますので、現在発行可能な月の受診分までを希望した場合、申請年月日から3か月前までの情報となります。（例：申請日が2月の場合は前年11月診療分までの発行、申請日が3月の場合は前年12月診療分までの発行になります。）また、医療機関からの情報によっては通知書に記載が間に合わないものもあります。

2　医療費通知書は、組合員及び被扶養者の方の医療費情報がまとめて記載されます。

3　医療費控除等の申告に関してご不明な点につきましては、所轄税務署にお問い合わせください。