

申 出 書

地方職員共済組合による医療費通知事業については、下記のとおりとさせていただきますよう申し出ます。

※ 該当する項目にチェックしてください。

記

- ☐ 自宅宛の住所（組合員と同居）に個人宛に送付してください。
次の者についても同様にしてください。（ ）
〒
送付先住所： _____
- ☐ 現在の居所に個人宛に送付してください。
次の者についても同様にしてください。（ ）
※ 単なる別居を理由とした場合は認められません。
〒
送付先住所： _____
- ☐ 送付を停止してください。
次の者についても同様にしてください。（ ）
※ 単なる別居を理由とした場合は認められません。
理由： _____

○ 組合員（扶養者）の情報

(1) 組合員証の番号 (10~12 ケタ) _____

※不明な場合には、「－」以下は記入不要です。

(2) 組合員氏名

令和 年 月 日

地方職員共済組合埼玉県支部長 宛
(総務事務センター給付事業担当)

申立人 (被扶養者)

住所：

氏名： _____

組合員との続柄：

電話：

※ 日中連絡が取れること

※ この申出書の提出の際、可能な範囲で構いませんので資格確認書もしくは資格情報のお知らせの写しを添付してください。

※ 申出書の内容に変更が生じた場合には、その時点で変更事項を記載して、この申出書を再提出してください。

※ 特に申出がない場合は、通常の通知形式に同意があるものとして取り扱います。