

事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	主幹	主査・主任	担当者	起案	年 月 日
							決裁	年 月 日
							発行日	年 月 日
下記のとおり発行願いがありましたので、別添のとおり発行してよろしいか伺います。								

確定申告用医療費通知書発行願書

組合員証記号番号	—	所属所名	
組合員氏名		電話番号	()
住所	〒		
発行希望受診年月	年 月受診分 ～ 年 月受診分		
希望送付先 (いずれかに○を)	1. 所属所共済事務担当課 2. 共済登録住所(自宅)		
<p>上記のとおり確定申告用の医療費通知書を発行願います。</p> <p style="text-align: center;">和歌山県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ⑩</p>			

【発行にあたっての留意事項】

- 発行対象は平成29年分以降の受診分からとなります。
- 当該医療費通知書の発行は、本願書が共済組合に到着した時点で支払いが確定している受診分までとなります。発行を希望される受診月によっては、即時に発行ができない場合がありますので、ご了承願います。
(支払い確定日の目安は受診月から2か月後の月末、接骨院等は3か月後の月末となります。)
- 医療機関等からの請求が遅延している等の場合、記載されないことがありますので、ご了承願います。
- レセプトは審査の関係で、本通知書記載の自己負担額と実際の負担額が相違する場合があります。
- 組合員、被扶養者全員分が記載されます。
- 接骨院等で受診された方で、柔道整復師等が団体に所属している場合、医療機関名には団体名が記載されません。

