

「医療費のお知らせ」(再)交付申請書

加 入 者 番 号				加 入 者 氏 名	生 年 月 日				
県コード	学種	学校番号	個人番号		昭	平			
(※1) 申 請 事 由				<input type="checkbox"/> 紛失したため。 <input type="checkbox"/> 汚損・破損したため。 <input type="checkbox"/> その他(
(※2) 平成・令和 年分の『医療費のお知らせ』を再交付申請します。									
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日		請 求 者	住 所	郵便番号(-)	電話番号 (必ず記入してください)				
日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿			氏 名						
上記の請求は、事実と相違ない ものと認めます。 令和 年 月 日		学 校 法 人 等	学校法人等 所 在 地	郵便番号(-)	電話番号 (必ず記入してください)				
			学 校 法 人 等 名						
			代 表 者 名						
					担 当 者 名				

※1 「申請事由」欄は、必ず該当するものに☑してください。

※2 必要な年分を記入してください。ただし、再発行できるのは過去5年分までになります。

《注意》

1. 『医療費のお知らせ』は、学校法人等を経由して、お手元に届きます。
2. 電話番号は、日中繋がる番号をお願いします。