

「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	年	月	日	
(※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"/> 資格喪失していたため、交付されていない。 <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。						郵便番号(—)			(※3) 電話番号 (必ず記入してください)				
令和 年 月 日	請 求 者		住 所										
日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿						氏 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。
 ※3 電話番号は、日中繋がる番号をお願いします。

【送付先】 〒113-8441 東京都文京区湯島1丁目7番5号
 私学事業団 短期給付課 療養給付係

〒 _____

様

このたび申請のありました『医療費のお知らせ』を送付いたします。

お願い

この部分は発送時に使用しますので、ご自宅の住所・氏名を記入してください。