

「医療費のお知らせ」(再)交付申請書

加 入 者 等 記 号 ・ 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			枝 番								
									0	0	昭 平					
(※1) 申 請 事 由										☐ 紛失したため。						
										☐ 汚損・破損したため。						
										☐ 資格喪失していたため、交付されていない。						
										☐ その他(						
(※2) 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 日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿										請 求 者	住 所	郵便番号(—)		(※3) 電話番号 (必ず記入してください)		
											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。