

## 令和7年2月に「医療費のお知らせ」を配布します

地方職員共済組合では、組合員及び被扶養者の皆様に、医療費の実情を理解していただき、ご自身の健康に対する認識を深めていただくとともに、これにより組合の健全な運営を図ることを目的として、年1回「医療費のお知らせ」を発行しています。

「医療費のお知らせ」は、組合員及び被扶養者の皆様にお一人一封筒で作成し、令和7年2月に、所属所経由で配布いたします。「医療費のお知らせ」がお手元に届きましたら、同封のパフレットとともに中身をご確認いただき、受診した覚えのない記載等がございましたら、下記担当者へご連絡をお願いいたします。

加えて、すでに退職等により組合員又は被扶養者ではない方については、令和5年11月から令和6年10月までの間に在職していた元組合員の方若しくはその間に被扶養者資格を有していた元被扶養者の方についても、「医療費のお知らせ」交付依頼書(次ページ)を提出していただければ交付することが可能です。

## DV・虐待被害等による「医療費のお知らせ」の対応について

DV・虐待被害等による「医療費のお知らせ」の対応について原則として、「医療費のお知らせ」は、被扶養者分(お一人一封筒)をまとめて組合員を通じて被扶養者へ配布しておりますが、当支部へ申し出ていただくことにより、送付の停止や送付先の変更が可能です。

送付の停止や送付先の変更を希望される場合は、令和6年12月26日(木)までに、下記担当者までご連絡ください。

連絡先

〒730-8511

広島市中区基町10番52号

地方職員共済組合広島県支部事務局

082-513-2262

事務担当者 給付係 花本

「医療費のお知らせ」交付依頼書

(元)組合員情報	(退職時) 所属所名		(退職時) 組合員番号	
	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 - - (電話番号) - -		
請求者氏名 ※自署	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
	氏名		(元)組合員との続柄	
	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
	氏名		(元)組合員との続柄	
	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
	氏名		(元)組合員との続柄	
	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
	氏名		(元)組合員との続柄	
	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
	氏名		(元)組合員との続柄	
<p>地方職員共済組合広島県支部長様</p> <p>上記請求者の令和 年度分(令和 年 月～令和 年 月診療分)の「医療費のお知らせ」を交付申請します。</p> <p>提出者連絡先(住所) 〒 - -</p> <p>(氏名)</p> <p>(電話番号) - -</p> <p>交付依頼年月日 令和 年 月 日</p>				

注 1「請求者氏名」欄には、「医療費のお知らせ」の交付を希望する方本人がそれぞれ自署で記入してください。

2「請求者」は、地方職員共済組合の(元)組合員、(元)被扶養者に限ります。