

『医療費通知書』発行依頼書

組合員等 記号・番号	—	所属所名	
組合員 (申請者)氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
住 所	〒 — ※在職者は 記入不要	連絡先	
		— —	
申請理由	該当する□に✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 確定申告に必要なため <input type="checkbox"/> その他 () ※「その他」の場合に発行する『医療費通知書』は、確定申告には使用できません。		
診療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※医療機関等から共済組合への請求が遅れている場合など、期間内の診療であっても記載されない場合があります。		
上記のことについて発行願います。 令和 年 月 日 鳥取県市町村職員共済組合理事長 様			

◆『医療費通知書』発行までの流れ

(1) 在職中の方

- ① 希望者は、「依頼書」を所属所経由（共済事務担当課へ提出）または直接、共済組合に提出（*）。
- ② 共済組合は、依頼書に基づき「医療費通知書」を所属所経由で希望者へ送付。

(2) 退職している方

- ① 希望者は「依頼書」を共済組合に提出（*）。
- ② 共済組合は、依頼書に基づき「医療費通知書」を希望者の自宅へ送付。

（*）郵送またはFAX送信（原本提出不要。）による。

◆マイナンバーカードをお持ちの方

- (1) マイナポータルにログインし、『わたしの情報』から医療費通知情報を確認、取得することができます。
- (2) マイナポータル連携を利用すると、確定申告の医療費控除に使用できる医療費通知情報を取得し、医療費控除の申告を行うことができます。ただし、鍼・灸など含まれない情報もあります。

◆ 確定申告について

医療費控除等の確定申告に関してご不明な点は、税務署にお問い合わせください。

【提出先等】

〒680-0846 鳥取市扇町3番地 扇町扶桑ビル2階
 鳥取県市町村職員共済組合 保険課 TEL 0857-26-2343(直通)
 FAX 0857-27-3030