

保険給付決定支払通知書再発行依頼書

年 月 日

(あて先) 京都市職員共済組合理事長様

記号・番号	—
所 属	
氏 名	

私は下記の給付金に係る保険給付決定支払通知書の再発行を依頼します。

記

(支給対象月 ・ 受診対象月)

年	月分

以 上

※ 保険給付支払決定通知書は、確定申告の添付書類（領収書の代わり）としては使用できません。