



医療費通知の再交付申請書

令和 年 月 日

次のとおり医療費通知の再発行を申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	電話番号 ()		

国保番号		性別	男 女
フリガナ		生年月日	S H R 年 月 日
氏名	同上		同上
住所	袖ヶ浦市	電話番号 ()	
診療月(申請期間)	令和 年 月 ~ 令和 年 月診療		
同世帯者の発行 有 無 (○をつけてください)	氏名	生年月日	
		S・H・R	
	診療月	同上・令和 年 月 ~ 令和 年 月診療	
		S・H・R	
	診療月	同上・令和 年 月 ~ 令和 年 月診療	
	S・H・R		
	診療月		同上・令和 年 月 ~ 令和 年 月診療

(添付書類)

顔写真付きの本人確認書類

別世帯の方が申請する場合：委任状と代理人の本人確認書類

※本人確認書類：運転免許書・マイナンバーカード等(顔写真付)

郵送の場合は、本人確認書類の添付は不要

※住民登録地に送付いたします。

【市使用欄】

申請者 確認書類	免許証・マイナンバー 保険証 その他 ()	受付	確認	交付方法
				窓口・郵送(発送日 /)