医療費通知の再交付申請

国 保

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  | | |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　同　上  　袖ケ浦市  　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） | | |
| 再 交 付  対 象 者 | 氏　名 | 生 年 月 日 | 性　別 |
| 同上 | S･H･R　　年　　月　　日 | 男　女 |
|  | S･H･R　　年　　月　　日 | 男　女 |
|  | S･H･R　　年　　月　　日 | 男　女 |
| 診療月  (申請期間） | 令和　　　年　　　月診療　～　令和　　　年　　　月診療 | | |

（添付書類）

　　顔写真付きの本人確認書類

　　本人以外は、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・ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ  その他（　　　　 ） | 受　付 | 確　認 | 交　付　方　法 |
|  |  | 窓口・郵送（発送日　　/　　 ） |