

## 国民健康保険医療費通知再交付申請書

記号番号	11 ·		
世 帯 主	住所		
	氏名		
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	
	電話番号		
再発行を 希望する期間	年 月 ~ 年 月 診療分		
特定診療科(※)分 (※)精神科、産婦人科、産科、 婦人科、心療内科、神経科、神 経内科	特定診療科が対象期間に含まれている場合 <input type="checkbox"/> 特定診療科を含めずに入力する <input type="checkbox"/> 特定診療科を含めて入力する (医療機関名は記載されない場合があります。)		
再発行を 希望する理由	<input type="checkbox"/> 申告に利用するため <input type="checkbox"/> その他 ( )		

三 浦 市 長

上記のとおり申請します。

年 月 日

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

世帯主との関係 \_\_\_\_\_

※身分確認  運転免許証  個人番号カード  
 パスポート  その他 ( )

以下は記入しないでください。

上記の申請について別紙のとおり医療費通知を再交付してよろしいか。

課長	GL	課員	年 月 日