医療費通知書差止依頼書

　　　　年　　　月　　　日

三浦市長

（依頼者）

住所

氏名

電話

保険証番号

世帯主名

次の理由で私の世帯の医療費通知の差止をお願いいたします。

１　ドメスティックバイオレンス（DV）により、家族に転居先を知られたくないため

２　家族に（本人）に診療内容を知られたくないため

３　不要なため

４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

以下は記入しないでください。

保険年金課処理欄

上記申請により医療費通知を差止してよろしいか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | GL・主査 | 課員 |
|  |  |  |

平成　　　年　　月　　日