

## 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 \_\_\_\_\_  
被保険者番号 \_\_\_\_\_  
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。

### 事務処理欄

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	課員

年 月 日