

国民健康保険医療費通知 再交付申請書

※ 原則郵送での交付となります(窓口で本人確認がとれた方のみ窓口での交付となります)

申請日		年 月 日			
再 交 付 被 保 険 者	被保険者記号・番号		茂		
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所				
	電話番号	()			
交付を必要とする診療期間		年 月 ~ 年 月 診療			
本人確認 窓口交付	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> その他()	郵送年月日	年 月 日	

同一世帯で申請者以外に再交付を必要とする被保険者がいる場合はご記入ください

必要とする被保険者				市処理欄		
被保険者記号・番号		茂		本人確認 窓口交付	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()	
氏名			生年月日			年 月 日
申請者との 続柄						
交付を必要とする診療期間		年 月 ~ 年 月 診療				郵送年月日
被保険者記号・番号		茂		本人確認 窓口交付	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()	
氏名			生年月日			年 月 日
申請者との 続柄						
交付を必要とする診療期間		年 月 ~ 年 月 診療				郵送年月日
被保険者記号・番号		茂		本人確認 窓口交付	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()	
氏名			生年月日			年 月 日
申請者との 続柄						
交付を必要とする診療期間		年 月 ~ 年 月 診療				郵送年月日
被保険者記号・番号		茂		本人確認 窓口交付	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()	
氏名			生年月日			年 月 日
申請者との 続柄						
交付を必要とする診療期間		年 月 ~ 年 月 診療				郵送年月日

申請者が別世帯の方はご記入ください ※委任状及び本人確認書類が必要となります

氏名			生年月日	年 月 日
住所				
電話番号			再交付者 との続柄	
申請者が遺族の方 (当該被保険者の父母、配偶者若しくは子またはこれらに準ずる者)		医療費通知の再交付について、対象となる方の生前の意思や名誉を傷つけるものではありません。 <input type="checkbox"/> 同意する		

市処理欄				受付印
送付先変更	<input type="checkbox"/> 非該当	支援申請該当者確認	<input type="checkbox"/> 非該当	
委任状確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人確認書類()			
遺族関係確認	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 住民記録 <input type="checkbox"/> その他()			