

記入例

医療費についてのお知らせ(医療費通知)の再交付申請書

延岡市長様

令和 年 月 日

※申請できる方は、同世帯の人のみです。

○申請受付後、世帯主住所へ郵送での交付が原則です。(指定の送付先があれば、別途記入して下さい。)

○申請日、申請者住所、氏名、世帯主との続柄、電話番号を記入をお願いします。

(申請者)

住所

氏名

世帯主との続柄 本人 ・ ( )

電話番号

(送付先)※指定の送付先がある場合がこちらに記入してください。

国民健康保険における「医療費についてのお知らせ(医療費通知)」の交付を下記のとおり申請します。

記

記号番号

世帯主氏名

生年月日

必要な期間

S . H

年

月

日

年

月

～

年

月

記号番号、世帯主氏名、世帯主の生年月日、必要な期間(申請月から過去5年分まで申請可能)の記入をお願いします。

市町村使用欄

受付印

係長

課長

交付日