

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

(申請者)
住所
氏名
世帯主との続柄 本人 ・ ()
電話番号

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 S・H 年 月 日

必要な期間 年 月 ~ 年 月

市町村使用欄			
受付印	係長	課長	交付日