

※「国民健康保険資格確認書」または「顔写真付きの本人確認書類」の写しを添付してください。

「国民健康保険医療費のお知らせ」再発行申請書

次のとおり、申請します。

年 月 日

被保険者証番号				
世帯主	氏名	(フリガナ)	生年 月 日	年 月 日
	住所	〒 (TEL : - -)		
希望 診療年月	年 月 診療分 ~ 年 月 診療分			
希望理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()			
申請者 (申請が世帯主 以外の場合)	氏名	(フリガナ)	続柄	
	住所	〒 (TEL : - -)		

※平成29年1月診療分以降を対象とし、申請月から最長で5年遡った診療分について再発行できます。
※記載内容は発行当時の情報となります。
※受診者や医療機関の一部を抽出し記載することはできません。
※申請から2週間程度を目途に世帯主宛てに送付します。

【 国保年金課職員 記入欄 】

本人確認 書類等	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 顔写真付きの本人確認書類（マイナンバーカード・免許証等） <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 委任状（第三者の請求の場合）		
交付状況	交付日 :		
備考			
		受付日	受付者