

医療費通知のお知らせ 再発行申請書

再発行を申請する期間	年 月から 年 月までの診療分		
再発行を申請する理由	1 紛失のため。 2 その他 ()		
再発行をする被保険者の情報	被保険者番号		
	住所	申請者と同一である場合は左記の記入不要	
	氏名		続柄
	生年月日		

上記のとおり申請します。

年 月 日

(申請者)	氏名	印
	住所	
	生年月日	
	電話番号	

<注意事項>

- ・ 医療機関等からの請求の遅れや請求に不備があった場合等、市で把握できる情報は時点で異なるため、再発行前に市が送付した「医療費通知のお知らせ」と異なる情報が記載される場合があります
- ・ 本人以外の方による申請は、法定代理人及び同一世帯員のみ可能です。ただし、窓口発行は、ご本人及び法定代理人となります。同一世帯員の場合は、郵送での発行となります。

・ ・ 保険年金課使用欄 ・ ・ ・ ・ ・								
本人確認方法 <input type="checkbox"/> 公的機関が発行する顔写真付き身分証明書 (<input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在カ <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 法定代理人であることを証明するもの ()	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">受 付 者</td> <td style="width: 33%;">作 成 日</td> <td style="width: 33%;">発 送 日</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	受 付 者	作 成 日	発 送 日				
受 付 者	作 成 日	発 送 日						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">収</td> <td style="width: 33%;">受</td> <td style="width: 33%;">印</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 100px;"></td> </tr> </table>	収	受	印				
収	受	印						