

# 医療費のお知らせ 再発行申請書

## 注意事項

- ・申請後、2・3日以内に世帯主宛に郵送いたします。
- ・圧着ハガキではなく、同じ内容のものを普通紙に印刷したものになります。
- ・医療機関等からの請求が遅くなった場合、通知に記載されないことがあります。
- ・医療費のお知らせには、保険外負担は記載されていません。
- ・医療費の助成制度を利用している場合は、通知に記載されている支払額と、ご自身が実際に医療機関等で支払った額が異なることがあります。
- ・県外、または一部の医療機関は空欄で記載されています。
- ・令和2年以前のものとは再発行できません。

被保険者証番号		403-	
世帯主	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	年	月 日
	住所	〒	
申請者	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ (氏名・生年月日・住所)		
	氏名	(フリガナ)	続柄
	生年月日	年	月 日
	住所	〒	
連絡先			
交付対象年月		<b>【1年分必要な場合】</b> <input type="checkbox"/> 令和 年 ※年度途中の場合、発行済みの通知全て <b>【月毎に必要な場合】</b> <input type="checkbox"/> 令和 年 1・2月診療分 <input type="checkbox"/> 令和 年 3・4月診療分 <input type="checkbox"/> 令和 年 5・6月診療分 <input type="checkbox"/> 令和 年 7・8月診療分 <input type="checkbox"/> 令和 年 9・10月診療分 <input type="checkbox"/> 令和 年 11・12月診療分	
本人確認書類		免許証・保険証・マイナンバーカード・他( )	

発行者		確認者	
-----	--	-----	--

令和 年 月 日

上記のとおり、医療費のお知らせの再交付を申請します。