

記載例

市町村収受印

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医療機関等で支払った額が異なること
- ・県外、または一部の医療機関は空
- ・令和2年以前のものとは再発行できません。

郵送で提出される場合、必ず本人確認書類の写しを同封してください。(同封が無ければ再発行できません)

被保険者証番号	403- 000000			
世帯主	氏名	(フリガナ) フジヨシ タロウ 富士吉 太郎		
	生年月日	S50 年 1 月 1 日		
	住所	〒 403-0004 富士吉田市下吉田6-1-1		
申請者	<input checked="" 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	22-1111			
交付対象年月	【1年分必要な場合】			
	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年	※年度途中の場合、発行済みの通知全て		
交付対象年月	【月毎に必要な場合】			
	<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 **5** 年 **1** 月 **1** 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。