富士吉田市長　様

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 | * 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 | 【１年分必要な場合】□　　令和　　　　年　　※年度途中の場合、発行済みの通知全て |
| 【月毎で必要な場合】□　　令和　　　　年　　１・２月診療分□　　令和　　　　年　　３・４月診療分□　　令和　　　　年　　５・６月診療分□　　令和　　　　年　　７・８月診療分□　　令和　　　　年　　９・10月診療分□　　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（　　　　　　　） |

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発行者 |  | 確認者 |  |