

国民健康保険医療費のお知らせ 再発行申請書

下記のとおり、医療費のお知らせの再発行を申請します。

被保険者証番号								申請日	令和	年	月	日
受診年月	令和 年 月 診療分 ～ 令和 年 月 診療分											
世帯主	氏名							大正 昭和 平成	年	月	日	
	住所	〒 — (電話： — —)										
申請者 (申請が世帯主 以外の場合)	氏名							続柄				
	住所	〒 — (電話： — —)										

※再発行できるのは、令和2年4月診療分以降です。
※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て交付することはできません。
※保険証、免許証など申請者の本人確認書類が必要です。
※国保の同一世帯員が再発行を申請する場合、世帯主からの委任(世帯主の保険証もしくは委任状)が必要です。
※申請者が国保の同一世帯員以外の場合は、世帯主の委任状が必要です。
※申請者が相続人の場合は、確約書・続柄図・戸籍謄本の写し等(被相続人との関係がわかるもの)が必要です。

ここから下の欄は記入していただく必要はありません。

添付書類	申請者の本人確認	申請者が世帯員 申請者が国保同一世帯員以外 申請者が相続人	受付印		受付者
	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 世帯主の保険証 <input type="checkbox"/> 世帯主の委任状 <input type="checkbox"/> 確約書 <input type="checkbox"/> 続柄図 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本の写し等(被相続人との関係がわかるもの)			
			令和 年 月 日 交付決定します		
			課長	係長	係