国民健康保険医療費通知再発行申請書

世帯主 (申請者)	住所	倉敷市	電話	(　　)
	氏名		生年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日 □令和

発行を希望する期間	平成・令和　　年　　月診療分 ～ 平成・令和　　年　　月診療分
再発行を希望する理由	□紛失　　□破損 □その他(　　)

上記のとおり申請します。(※世帯主以外が申請する場合は下記を記入し、世帯外の代理人による申請の場合は委任状も添付してください。)

令和　　年　　月　　日

申請者	□その他世帯員 右欄の氏名を記入
	□世帯外の代理人 右欄すべて記入 別紙委任状を添付

住所

氏名

電話　　－　　－

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください。
※再発行のできる診療月は平成29年1月診療分以降で、医療費通知を発行済の診療月となります。
※平成29・30年分は2か月ごと、令和元年分以降は3か月ごとの発行となります。

国民健康保険課使用欄

□被保険者番号　岡2　　－

本人確認	□運転免許証　□住基カード　□個人番号カード □健康保険証　□年金手帳　□その他(　　)	受付者

受付日	令和　年　月　日	受付窓口	01 本庁	02 児島	03 玉島	04 水島	05 庄	06 茶屋町	13 船穂	14 真備
備考欄										