

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 西中新田640	電話	086 (426) 3281	
	氏名	倉敷 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 55年 5月 5日 <input type="checkbox"/> 令和	

発行を希望する期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 30年 1月診療分 ～ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 30年 12月診療分
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

再発行を希望する理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input checked="" type="checkbox"/> その他(確定申告に使用するため)
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 2年 2月 2日

住所

申請者	<input checked="" type="checkbox"/> その他世帯員 右欄の氏名を記入
	<input type="checkbox"/> 世帯外の代理人 右欄すべて記入 別紙委任状を添付

氏名	倉敷 花子	
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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード	受付者
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	

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										