

受 付 印

国民健康保険 医療費のお知らせ再交付申請書

稲 美 町 長 様

世 帯 主	被保険者 番 号	
	住 所	加古郡稲美町
	氏 名	
	生年月日	S ・ H ・ R 年 月 日
	電話番号	
対象診療期間	()	当年分（直近の「医療費のお知らせ」での通知分まで）
		年 月 ～ 年 月 診療分

上記の診療期間について、医療費のお知らせの再交付を申請します。

令和 年 月 日

届出人	住 所	☐ 世帯主と同じ
	氏 名	☐ 世帯主と同じ
	電話番号	☐ 上記と同じ
	世帯主との続柄	☐ 世帯主本人

交付年月日	令和 年 月 日 ☐ 窓口交付 ☐ 郵送交付
本人確認	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ その他 ()
備 考	