

国民健康保険 医療費通知 再発行申請書

被保険者記号番号	大 村		
世帯主	住所	大村市	
	氏名		
診療年月	令和	年	月 診療分
使用目的	<input type="checkbox"/> 確定申告のため		
	<input type="checkbox"/> 医療費等の確認のため		
<input type="checkbox"/> その他 ()			
大村市長 様			
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
申請者	住所	_____	
	氏名	_____	
	世帯主との続柄	_____	
	電話番号	_____	

※同一世帯以外の代理人が申請する場合は、下記の委任状欄に世帯主の自署が必要です。

委 任 状	
私は上記申請者を代理人と認め、医療費通知の再発行申請に関する権限を委任します。	
令和 年 月 日	
委任者	住所 _____
	氏名 _____ 電話番号 _____

<職員記入欄>

- ・本人確認 マイナンバーカード 運転免許証 その他()
- ・申請者 世帯主 世帯員 代理人()
- ・交付方法 窓口 郵送(発送日 /)

受 付	作成者