

医療費通知発行申請書（資格喪失者分）

以下のとおり、医療費通知の発行を申請します。

再発行対象者 氏名 _____

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

記号・番号 37- _____

対象通知 令和 年診療分

※医科・歯科・調剤・訪問看護は前年12月から11月までの診療分が記載されます。

申請日 令和 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

添付書類 身分証明書（顔写真付）のコピー

委任状（本人以外が申請する場合必要）

※身分証明書（顔写真付）がない場合は、保険年金課国民健康保険係までご相談ください。

※本人以外が申請する場合（18歳未満を除く）は同じ世帯の方でも委任状が必要です。

提出先：〒185-0851 東京都国分寺市戸倉1-6-1 保険年金課 国民健康保険係

受付印

保険年金課 処理欄

【身分確認】

- 運転免許証
 パスポート
 マイナカード
 その他()