

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。

発行対象者 氏 名 _____

生 年 月 日 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記 号 ・ 番 号 3 7 - _____ .

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（郵送申請の場合必要）

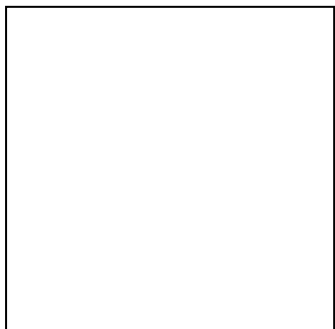
☐ 委任状（本人以外が申請する場合必要）

※身分証明書（顔写真付）がない場合は、保険年金課 給付・年金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：〒185-8501 東京都国分寺市泉町 2-2-18 保険年金課 給付・年金係

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()