

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 国保 一郎

生年月日 昭和・平成・令和 64 年 1 月 1 日

記号・番号 37-00-1234

対象通知 令和 6 年診療分

※医科・歯科・調剤・訪問看護は前年 12 月から 11 月末まで

※国分寺市から転出している場合は、新しい住所を記入してください。

申請日 令和 7 年 2 月 1 日

申請者 住所 東京都国分寺市泉町2-2-18 国分寺マンション101

氏名 国保 一郎

電話 042-325-0111

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）

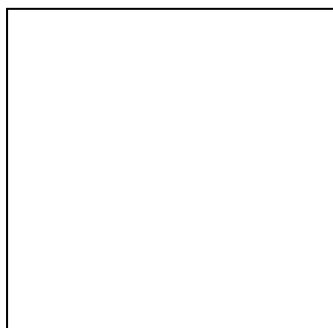
※身分証明書（顔写真付）がない場合は、保険年金課 給付・年金係までご相談ください。

※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()