

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 月まで

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

※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。

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）

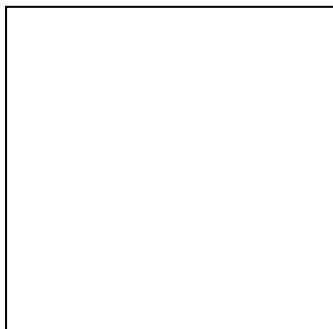
※身分証明書（顔写真付）がない場合は、保険年金課 給付・年金係までご相談ください。

※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()