

国民健康保険 医療費通知 再発行申請書(記入例)

出雲市長 様

下記のとおり申請します

申請日	令和 3 年 1 月 1 日	
被保険者証の記号番号	03-00△△□□	
申請者	住所	出雲市 今市町 70番地
	フリガナ	イズモ タロウ
	氏名	出雲 太郎
	生年月日	昭和・平成・令和 60年 4月 1日
	電話番号	21-6982
再発行を希望する医療費通知の期間	令和 2年 1月 診療分 ~ 令和 2年 3月 診療分	
上記期間における世帯主	住所	申請者と同じ・出雲市
	フリガナ	
	氏名	申請者と同じ・
世帯主との関係	1. 本人又は同一世帯員 2. 代理人(委任状が必要) 3. 後見人	
転出前の住所 (転出された方のみ)	出雲市	

※再発行の申請は、令和2年 1 月診療分以降の医療費通知に限ります。

※交付は原則、郵送となります。別世帯の方が申請する場合は委任状が必要です。

※被保険者証の記号番号が不明な場合は、空欄でも結構です。

※世帯主が亡くなっている場合、相続人から申請することができます。下記確約書の記入のうえ、相続人(申請者)と世帯主の続柄がわかる書類(戸籍謄本の写し等)を添付してください。

確約書

世帯主死亡に伴い、私(相続人)が医療費通知の再発行を依頼しますが、他の相続人から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、出雲市に一切の迷惑をかけないことを確約します。

申請者(相続人)	住所	
	氏名	
	世帯主との続柄	

* 以下は記入しないでください。

本人確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()	照合	担当	受付印
	申請者が同一世帯員以外・相続人・後見人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 後見人であることの証明	送付日	
交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	月 日		

