

国民健康保険 医療費通知 再発行申請書

出雲市長 様

下記のとおり申請します

申 請 日		年 月 日
被保険者証記号番号		03ー
申 請 者	住 所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	電話番号	
再発行を希望する 医療費通知の期間	令和 年 月 診療分 ～ 令和 年 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です。

※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。下記確約書に記入のうえ、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。

相続人(申請者)	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	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード	照合	担当	受付
	☐ 資格確認書 ☐ その他()			
申請者が同一世帯員 以外・相続人・後見人	☐ 委任状 ☐ 戸籍謄本 ☐ 後見人であることの証明	送付日 月 日		
交付方法	☐ 郵送 ☐ 窓口			