

国民健康保険医療費通知再発行申請書

届出者名		被保険者 との関係	
連絡先 電話番号	(電話番号 - -)		

被保険者番号		
被 保 険 者	氏名	
	生年月日	
	住所	
申請理由		

年 月～ 年 月診療分の国民健康保険医療費通知を再発行していただきますよう、申請いたします。

平戸市長 様

令和 年 月 日

申請者 氏名

確認資料	<input type="radio"/> 届出者が被保険者ご本人の場合、次の資料が必要です。 <input type="checkbox"/> ご本人の身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード等） <input type="radio"/> 届出者が被保険者ご本人でない場合、次の両方の資料が必要です。 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 届出者の身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード等）
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

書 き 方

国民健康保険医療費通知再発行申請書

届出者名	届出をされる方のご住所・お名前・被保険者とのご関係を記入してください。 (電話番号 - -)
連絡先 電話番号	

被保険者番号	対象となる被保険者の番号・氏名・生年月日・ご住所をご記入ください。
被保険者 氏名	
被保険者 生年月日	
被保険者 住所	
申請理由	申請理由をご記入ください。

希望される診療月をご記入ください。

年 月 ~ 年 月 診療分の国民健康保険医療費通知を再発行していただきますよう、申請いたします。

平戸市長 様

令和 年 月 日

届出者の氏名のご記入をお願いします。

申請者 氏名

添付資料	<p>○届出者が被保険者ご本人の場合、次の資料が必要です。 <input type="checkbox"/> ご本人の身分証明書（運転免許証、保険証等）</p> <p>○届出者が被保険者ご本人でない場合、次の両方の資料が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> 委任状 <input checked="" type="checkbox"/> 届出者の身分証明書（運転免許証、保険証等）</p>
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

確認した資料に枠に「✓」を付けてください。