

医療費通知再発行申請書

令和7年 4月 1日

(あて先)

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	インザイ タロウ					被保険者との関係	本人
	氏名	印西 太郎						
	住所	〒270-1396 印西市大森2364番地2						
	電話番号	0476 (42) 5111						
被保険者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	
	フリガナ	インザイ タロウ					生年月日	昭和30年1月1日
	氏名	印西 太郎						
	住所	〒270-1396 印西市大森2364番地2						
再発行を希望する対象月		令和6年1月診療分～令和6年12月診療分						
交付方法		<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付						
備考								

<給付係確認欄> ※この欄には記入しないでください。

添付書類	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 被保険者との関係がわかる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	