

医療費通知再発行申請書

年 月 日

(あて先)

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ						被保険者 との関係	
	氏名							
	住所	〒 —						
	電話番号	()						
被保険者	被保険者 番号							
	フリガナ						生年月日	年 月 日
	氏名							
	住所	〒 —						
再発行を希望する 対象月								
交付方法		☐ 郵送 ☐ 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	☐ 本人確認書類 ☐ 被保険者との関係がわかる書類 ☐ その他 ()
備考	