

国民健康保険医療費通知再発行申請書

世帯主 (申請者)	住所	倉敷市 西中新田640		電話	086 (426) 3282	
	氏名	倉敷 太郎		生年月日	☒ 昭和 55 年 5 月 5 日 ☐ 平成 ☐ 令和	

発行を希望する期間	令和 6 年 1 月診療分 ~ 令和 6 年 12 月診療分	
-----------	--------------------------------	--

再発行を希望する理由	☐ 紛失 ☐ 破損 ☒ その他(確定申告に使用するため)	
------------	---	--

上記のとおり申請します。(※世帯主以外が申請する場合は下記を記入し、世帯外の代理人による申請の場合は委任状も添付してください)

令和 7 年 4 月 1 日	住所
----------------	----

申請者	☒ その他世帯員 右欄の氏名を記入	氏名	倉敷 花子	
	☐ 世帯外の代理人 右欄すべて記入押印 別紙委任状を添付	電話	-	-

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください。
※診療報酬明細書(レセプト)の保存年数が5年のため、保存年数を過ぎた医療費通知については再発行ができません。詳しくは国民健康保険課までお問い合わせください。
(例)令和7年度は令和2年1月診療分以降が対象になります。

----- 国民健康保険課使用欄 -----

☐被保険者番号 岡2 -

本人 確認	☐ 運転免許証 ☐ 住基カード ☐ 個人番号カード	受付者
	☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他()	

受付日	令和 年 月 日	受付 窓口	01 本庁	02 児島	03 玉島	04 水島	05 庄	06 茶屋町	13 船穂	14 真備
備考欄										