

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	電話	()
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

発行を希望する期間	令和 年 月 診療分 ~ 令和 年 月 診療分
-----------	-------------------------

再発行を希望する理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他()
------------	--

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 年 月 日

住所

申請者	<input type="checkbox"/> その他世帯員 右欄の氏名を記入
	<input type="checkbox"/> 世帯外の代理人 右欄すべて記入押印 別紙委任状を添付

氏名

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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	受付者
------	--	-----

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										