国民健康保険　医療費通知書　再交付申請書

必要な医療費通知	被保険者番号		
	世帯主	氏　名	
		生年月日	年　月　日
	住　所	尾道市	
	対象診療年月	年　月 ～ 年　月（20　年分）	
受取方法	□ 郵送（電話受付、支所受付、代理人申請の場合等） □ 本庁窓口交付（世帯主もしくは同世帯員の本庁窓口申請）		

年　月　日

申請者（電話による依頼者）	住　所	□上記と同じ
	氏　名	□上記（世帯主氏名）と同じ
	連絡先 電話番号	ー　ー

【窓口交付の場合記入】

受取サイン （世帯主または同世帯員は受取可※）	
本人確認書類 （職員が記入）	□健康保険証　□免許証　□ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ　□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　□年金手帳 □介護保険証　□その他（　　）

※　申請者が同世帯員以外、または、本人確認書類がない場合は郵送となります。

【職員記入欄】

受付日・受付方法	／　受付　（　□ 電話　□ 窓口　）
交付日・交付方法	／　交付　（　□ 郵送　□ 窓口　）
担当職員名 （押印又はサイン）	受付（　　）発行（　　）確認（　　）