

(あて先)
浜松市長

令和 年 月 日

国民健康保険医療費通知 再発行申請書

《注意事項》

- ・交付対象者本人宛てに、対象年度ごとに普通郵便で発送します。
- ・郵送での申請は、交付対象の世帯員のみ申請できます。
- ・人数分、年度ごとに1枚、94円切手を添付してください。
- ・申請者の身分証明書の写しを添付してください。
- ・医療機関等からの請求が遅くなった場合は、通知に記載されないことがあります。
- ・医療費通知には、保険外負担は記載されていません。
- ・医療費の助成制度を利用している場合は、通知に記載されている支払額と、ご自身が実際に医療機関等で支払った額が異なることがあります。

再発行対象 令和元年度 第1回～第6回(H30.12～R1.12診療分)
令和2年度 第1回～第6回(R2.1～R2.12診療分)
令和3年度 第1回～第6回(R.3.1～R3.12診療分)
令和4年度 第1回～第6回(R4.1～R4.12診療分)
令和5年度 第1回(R5.1～R5.2診療分)～申請時に発送済みのもの

太枠の中を記入してください。

申請者	住所	浜松市 区												
		マンション名・室番号等												
氏名												連絡先	() -	
交付対象者	被保険者証 記号番号												職員確認欄	
	氏名	氏名			生年月日			対象年度		切手(94円)	受診歴			
	1	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			昭平令	年	月	日	令和 年度 令和 年度	枚	有・無			
	2				昭平令	年	月	日	令和 年度 令和 年度	枚	有・無			
	3				昭平令	年	月	日	令和 年度 令和 年度	枚	有・無			
	4				昭平令	年	月	日	令和 年度 令和 年度	枚	有・無			
	5				昭平令	年	月	日	令和 年度 令和 年度	枚	有・無			
6				昭平令	年	月	日	令和 年度 令和 年度	枚	有・無				

本人確認書類 国保証・免許証・マイナンバーカード・旅券 他()
--

受付	作成	点検	発送
----	----	----	----

発送日
