

医療費通知 再発行申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

旭市長

申請人 住所 旭市ニの○○○○番地
(窓口に来た人)

氏名 旭 次郎

電話番号 0479-○○-○○○○

下記のとおり医療費通知の再発行を申請します。

記

被保険者 記号・番号	27 - ○○○○○○○○○
世帯主氏名	旭 太郎
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
住所	旭市 ニの○○○○番地
対象期間	令和 ○ 年 1 月診療分 ～ 令和 ○ 年 12 月診療分
申請の理由	紛失 ・ その他() ※○をつける
市記入欄 ※世帯主と申請人が 別世帯の場合、委任 状が必要	【本人確認書類】 マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ 在留カード ・ その他 () 【代理人確認書類】 委任状 マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ 在留カード ・ その他 () 【受け取り方法】 (確認者) 郵送 ・ 手渡し (本人 ・ 代理人) ()