都留市国民健康保険　医療費通知再交付申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）都留市長

申　請　者　住　　所

（窓口に来た方）氏　　名

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

連　絡　先

世帯主との関係　　本人・世帯員・（　　）

下記被保険者にかかる医療費通知（又はそれに準じた内容のもの）の再交付を申請いたします。

再　交　付

対象受診期間（　　年　　月　～　　年　　月分）

※再交付は、申請日時点で発送済みのもの（最終発行分）

（申請月から５年前のものまで可）

申請理由　□紛失のため

□き損のため

□その他（　　）

世帯主　　氏　　名　□申請者と同じ

住　　所　□申請者と同じ

〒　　－

被保険者番号

≪市町村担当者用≫

申請者確認欄	担当者名	担当者印
申請者本人確認 □運転免許証　□マイナンバーカード □その他（　　）		

郵送先確認：□住民登録地　□送付先変更地　□被保険者死亡の場合は申請者

発行確認：□郵送　□窓口で交付