記入例

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　都留市●●－＊＊

（窓口に来た方）　氏　　名　都留　花子

生年月日　昭和・平成　●●　年　●●　月　●●　日

連　絡　先　090-1234-5678

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。

＜ 注意 ＞
まだ交付されていない分については申請できません

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（　　）

マイナポータルでも医療費情報を確認可能
※年間分については、例年原則２月９日以降

世帯主　氏　　名　☐申請者と同じ
都留　太郎

住　　所　☑申請者と同じ
〒　　－

被保険者番号　0 1 2 3 4 5 6

≪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