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	＿＿＿＿＿年分（ □通年　□1 月～10 月　□11 月～12 月 ）	

年　月　日

申請者	住　所	□上記と同じ 尾道市	
	氏　名	□上記と同じ	世帯主との続柄 □本人　□妻 □夫　□子 □（　　）□代理人
	連絡先 （電話番号）	ー　ー	

【窓口交付の場合に記入】

受取サイン （世帯主及び同一世帯員は受取可※）	

※同一世帯員以外の場合もしく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】

本人確認書類	□健康保険証・資格確認書等　□免許証　□パスポート □マイナンバーカード　□年金手帳等　□介護保険証 □その他（　　）

受付印

受付方法	□ 電話　・　□ 窓口	担当者			
交付日	令和　年　月　日 □ 郵送　・　□ 窓口	担当者		確認者	