

# 記入例

## 国民健康保険医療費通知再交付申請書

被保険者証番号（数字6ケタ）		0	1	2	3	4	5
世帯主	住所	〒039-2392 六戸町大字犬落瀬字前谷地 60					
	氏名	六戸 かえで					
	生年月日	平成 12年 6月 20日 (2000年 6月 20日)					
	電話番号	0176-55-3111					
年 月～ 月診療分のうち 再発行を希望する期間		① 1, 2月	② 3, 4月	③ 5, 6月			
		④ 7, 8月	⑤ 9, 10月				
		⑥ ①～⑤すべて					
再発行を希望する理由		<input checked="" type="checkbox"/> 確定申告に利用するため <input type="checkbox"/> その他 ( )					
六戸町長 上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;">7年 12月 1日</div> (申請者) 氏名 六戸 かえで 住所 六戸町大字犬落瀬字前谷地 60							

委任状（世帯主以外が申請する場合、以下の欄に世帯主自身が記入する必要があります）			
委任者 (世帯主)	本申請について下記の代理人に委任します。 年 月 日		
	氏名	Ⓜ	
	住所		
代理人	氏名		世帯主との関係
	住所		
	電話番号		

以下は記入しなくても大丈夫です。

申請

郵送の場合は、本人確認書類の写しと申請書を同封して、  
六戸町役場町民課国保係 宛 お願いいたします。

※本人確認書類  運転免許証  マイナンバーカード  パスポート  その他 ( )  
 発送済 月 日