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）							
世　帯　主	住　　所	〒					
	氏　　名						
	生年月日	年　　月　　日					
	電話番号						
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		□確定申告に利用するため □その他（　　）					

六　戸　町　長

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

（申　請　者）

氏　　名

住　　所

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			

以下は記入しないでください。

上記申請について別紙のとおり医療費通知を再交付してよいか伺います。

課　　長	課長補佐	担　　当

※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