

地 区 行 政 区	被 保 険 者 証 記 号 番 号	健 康 推 進 課	課 長	課 長 補 佐	係 長	係
	み白					

国民健康保険 医療費通知書 再交付申請書

氏 名	続 柄	生 年 月 日
1		
2		
3		
4		
5		
再 交 付 申 請 の 理 由	<input type="checkbox"/> 税の申告のため <input type="checkbox"/> その他()	
再 交 付 を 希 望 す る 医 療 費 通 知 の 期 間	年 月 ~ 年 月 診 療 分	

上記のとおり申請いたします。

年 月 日
〒

世帯主 住 所

氏 名

ⓐ

電話番号

白 石 市 長 あ て

○交付申請に来た人 (申請者が世帯主の場合、この欄への記入は不要です)

住 所			
氏 名	ⓐ	世帯主との 続 柄	

再交付申請ができるのは、既に発行済みの診療月分です。
 通知書発送時期は以下の通りです。
 令和4年12月～令和5年5月診療分・・・令和5年8月上旬発送
 令和5年6月～令和5年11月診療分・・・令和6年2月上旬発送
 ※確定申告時、12月分は医療機関の領収書をご使用ください。