

医療費通知再交付申請書

国民健康保険課長 宛

下記の医療費通知の再交付を申請します。

申請日 令和 年 月 日

被保険者証番号 ()
申請者(世帯主)

住所

氏名

電話

交付希望月

受診月	平成・令和 年 月～平成・令和 年 月分
-----	----------------------

医療費通知が必要な方 世帯全員

世帯員の一部 (氏名)

- * 対象項目は医療費通知項目となります。
(受診月・受診者名・医療機関名・受診区分・日数・医療費の額)
- * 医療費通知該当項目以外の開示は診療報酬明細書の開示請求(受診者本人による)を行ってください。
- * 診療報酬明細書の保存年限は5年間です。それより以前の医療費通知の交付はできません。