医療費通知再交付申請書

被保険者	記号	わこう	番号	
世帯主	住所	和光市		
	氏名	フリガナ	生年月日 年　月　日	
交付を必要とする診療期間	令和　年　月診療分　～　令和　年　月診療分			
再交付の理由	A 紛失　B 確定申告に使用　C その他（　）			

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

和光市長 様

〒

住所

申請者
（世帯主または被保険者）

氏名

電話

本人確認書類　A 資格確認書等　B 免許証・マイナンバーカード　C その他

市記入欄

	5月末送付	1月・2月診療分		
	7月末送付	3月・4月診療分		
	9月末送付	5月・6月診療分		
	11月末送付	7月・8月診療分		
	1月末送付	9月・10月診療分		
	3月末送付	11月・12月診療分		
	5月末送付	1月・2月診療分		
	7月末送付	3月・4月診療分		
	9月末送付	5月・6月診療分		
	11月末送付	7月・8月診療分		
	1月末送付	9月・10月診療分		
	3月末送付	11月・12月診療分		

決裁日＿＿＿＿＿＿

発送日＿＿＿＿＿＿