医療費通知再交付申請書

被保険者証	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 保険証　B 免許証・マイナンバーカード　C その他

市記入欄

決裁	課長	課長補佐	統括主査	担当

申請書のとおり交付してよろしいか。

決裁日

発送日

	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	