

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

三

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 ()

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	