|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　年診療月 | 1・2月 | 3・4月 | 5・6月 | 7・8月 | 9・10月 | 11・12月 |
| 対象月に〇 |  |  |  |  |  |  |

保険証番号

上記のとおり医療費通知の再発行を申請します。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名

（申請者）

電話番号　　　（　　　　）　　　　－

※国保上の世帯主・世帯員以外の方が申請する際は以下の委任状に記入してください。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

委　任　状

住所

氏名

（代理人）

電話番号　　　（　　　　）－　　　　－

令和　　年　　月　　日

私は上記の者を代理人と定め、医療費通知の再発行申請に係る手続きを委任します。

住所

氏名

（委任者）

電話番号　　　（　　　　）　　　　－

交　付

受　付