

# 医療費通知再発行申請書

門真市健康保険課長 様

令和 年 月 日

申請者	氏名	
	住所	門真市
	電話番号	( ) -

次のとおり、医療費通知の再発行を申請します。

被保険者番号	門国 -		
世帯主氏名		生 年 月 日	S・H 年 月 日
住所	門真市		
再発行する月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12		
本人確認書類	運転免許証・被保険者証・高齢受給者証・個人番号カード・ 住基カード・その他 ( )		

再発行処理済	受付印