

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。

被保険者記号・番号	門国 -					
世帯主氏名		生 年 月 日	昭和 平成	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					
備考						

再発行処理済	受付印