

## 医療費通知送付止め依頼書

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、医療費通知の送付を止めていただくよう依頼します。

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		
対象者名			
備考			

※世帯主から送付止めの理由について問い合わせがあった場合、申請者からの依頼があった旨を世帯主に伝えます。

受付印