

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。

被保険者番号	門国 -		
世帯主氏名		生 年 月 日	S・H 年 月 日
住所	門真市		
対象者名			
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 ()		

※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