課長	課長補佐	係長	係	受付

・交付方法
□郵送　□窓口交付
・申請者
□世帯主　□世帯員　□代理人
・身分確認
□運転免許証
□身分証明書（　　）
□その他（　　）

国民健康保険医療費通知に関する届出書

※下記太枠内を記入してください。

被保険者証	記号	宇土	番号	
世帯主名				

□ 「医療費のお知らせ」の再発行

（　　年　　月診療分～　　年　　月診療分）

□ 医療費通知の受取辞退

□ 医療費通知の受取辞退取消

宇土市長様

上記の事項について届出ます。

令和　　年　　月　　日

【世帯主】住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　－　　－

【届出人】氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（世帯主との続柄　　）
（窓口に来た人）

【注意事項】

○交付方法は、原則世帯主宛に送付いたします。

○平成28年以前の「医療費のお知らせ」は、確定申告に添付する領収書として使用できません。

○既に送付している医療費通知のうち過去5年間分のみ再発行可能です。

受付印