

課長	課長補佐	係長	係

- ・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	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。
- 「医療費のお知らせ」は、1年前発送分までの再発行ができます。

ご希望の診療月分が発行できない場合がありますので、ご了承ください。

受付印

