

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				
<input type="checkbox"/> 「医療費のお知らせ」の再発行 (        年        月診療分～        年        月診療分) <input type="checkbox"/> 医療費通知の受取辞退 <input type="checkbox"/> 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) <small>(窓口に来た人)</small>				

### 【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

