

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				
<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。
- 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