

確認 方法	資格確認書・免許証（番号： _____ ）	交付 方法	郵 送 窓口交付
	納税通知書（領収印があるもの）・パスポート・その他： _____		

受付

## 国民健康保険医療費通知再交付申請書

下記の理由により、\_\_\_\_\_年 月～ \_\_\_\_\_年 月受診分医療費通知の再交付を申請します。

1. 申告に活用するため。

2. その他

（ \_\_\_\_\_ ）

大野城市長            様

\_\_\_\_\_年 月 日

記号番号 \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

世帯主住所 \_\_\_\_\_

世帯主 TEL            —            —

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者 TEL \_\_\_\_\_

以下は記入しないでください。

交 付 期 間	_____年 月 ～ _____年 月			
備 考				
送付先変更確認	担 当	係 長	課 長	決 裁

申請に基づき、上記のとおり交付してよろしいか伺います。

文書フォルダ：062-01-09-003 送付日：