

国民健康保険医療費通知再発行申請書

被保険者証	記号	対馬	番号		
世帯主	住所				
	氏名				
使用目的					
氏名	続柄	生年月日	再発行希望診療月		
		昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 ~	令和 年 月	
		昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 ~	令和 年 月	
		昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 ~	令和 年 月	
		昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 ~	令和 年 月	
		昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 ~	令和 年 月	
<p style="text-align: center;">対馬市長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>					
添付資料	<input type="checkbox"/> 届出者が被保険者ご本人の場合、次の資料が必要です。 <input type="checkbox"/> ご本人の身分証明書の写(運転免許証、保険証等) <input type="checkbox"/> 届出者が被保険者ご本人でない場合、次の資料が必要です。 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 届出者の身分証明書の写(運転免許証、保険証等)				

上記申請のとおり再交付してよろしいか伺います。					受付印
起案日	令和 年 月 日	決裁日	令和 年 月 日		
決 裁	課長	課長補佐	係長	課員	取扱者