国民健康保険　医療費通知再発行（交付）申請書

（あて先）　朝倉市長

令和　　年　　月　　日 次のとおり申請します。				
世帯主（申請者）	保険証番号			
	氏　名	（　　）	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	住所等	朝倉市 （電話番号　　－　　－　　）		
再発行（交付）を必要とする診療期間		年　　月診療分　～　　年　　月診療分		
再発行(交付)を必要とする理由		□ 紛失　□ 盗難　□ 破損 □ その他　〔　　〕		

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください。

※再発行できる診療月は平成29年1月診療分以降で医療費通知を発行済の診療月となります。

処理欄　　□ 資格チェック

医療費通知 発行（交付）状況	本人確認書類 1.運転免許証 2.マイナンバーカード（顔写真付き）　□ 郵　送 3.保険証 4.その他（　　）
備　考	必要診療月 1.全て　　2.不足分のみ（手元にある診療月：　　）