

起案日	令和	年	月	日
決裁日	令和	年	月	日
課長	係長	担当者		

公印使用承認
年 月 日

※別紙のとおり再交付してよろしいか伺います。

令和 年 月 日

国民健康保険医療費通知再交付申請書

習志野市長 宮本 泰介 あて

【申請人】郵便番号 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ () _____

下記被保険者との関係 _____

私は、下記被保険者にかかる国民健康保険医療費通知の再発行申請をします。
 なお、習志野市に対して、このことによるご迷惑は一切おかけしません。

記

【被保険者氏名】

保険証記号番号	16-
住 所	
氏 名	
申 請 理 由	
対 象 期 間	年 月診療分 ~ 年 月診療分

- 事務欄
- ・ 免許証
 - ・ パスポート
 - ・ キャッシュカード
 - ・ その他()

受付者 _____