

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 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】

被保険者記号番号	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
- ・ マイナンバーカード
- ・ その他(_____)

受付者 _____