

医療費のお知らせ送付停止申請書

下記のとおり、医療費のお知らせの送付停止を申請します。※太枠内をご記入ください。

申請日	令和 年 月 日
被保険者 記号・番号	常 総
世帯主氏名	
世帯主住所	常総市
申請者氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 世帯主本人 との続柄
申請者住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 常総市
日中連絡が 取れる電話番号	—
医療費のお知らせ の送付停止を 希望する理由	
医療費のお知らせ の送付停止を 希望する期間	令和 年 月 から 令和 年 月 までの診療分

※窓口で申請する場合は本人確認書類をお持ちください。

※郵送の場合は、本人確認書類のコピーを同封してください。

【事務処理欄】

本人確認書類	運転免許証・マイナンバーカード・ その他（ ）	
受付印	受付	受付者
	窓口 郵送	