

医療費のお知らせ（再）発行申請書

下記のとおり、医療費のお知らせの（再）発行を申請します。※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		世帯主 との続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主本人
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（再）発行を 希望する理由	<input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> 申告に必要なため			
医療費のお知らせ の（再）発行を 希望する期間	令和 年 月 から 令和 年 月 までの診療分			

毎年、以下のスケジュールで医療費のお知らせを送信しています。

1 回目（2 月上旬～2 月中旬）	2 回目（3 月下旬～4 月上旬）
1～10 月診療分	11～12 月診療分

※最新発送分を含めた過去 5 年間分のみを（再）発行可能です。

※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と切手を貼付け済みの返信用封筒を同封してください。

※確定申告期間中に郵送で申請される場合、配達にかかる日数によっては申告に間に合わないことがあります。あらかじめご了承ください。

【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	交付
	窓口		交付日：令和 年 月 日
	・		
	郵送		