

守谷市国民健康保険医療費通知再発行申請書

令和 年 月 日

下記対象期間の医療費通知について、再発行を申請します。

記

【対象者（世帯主）】

住 所	
氏 名	
生年月日	西暦・昭和・平成・令和 年 月 日
電話番号	
再発行を希望する期間	年 月 ～ 年 月診療分
再発行を希望する理由	

【申請者】

☐世帯主に同じ（記入不要です） ☐世帯主以外（以下に記入してください）

住 所	
氏 名	
生年月日	西暦・昭和・平成・令和 年 月 日
対象者との続柄	
電話番号	

※守谷市国民健康保険を脱退している方や対象者と別世帯の方は、必ず申請者の身分証明書（運転免許証等）の写しを添付してください（現住所が含まれるようにコピーしてください）。現在加入中の方は身分証明書の添付は不要です。

※世帯主以外の方が窓口で交付を受ける場合は、世帯主の委任状が必要です。