

## 山口市国民健康保険医療費通知 再交付申請書

申請の理由
<input type="checkbox"/> 確定申告に必要なため <input type="checkbox"/> その他 ( )
必要とする診療期間
年            月診療分    ~            年            月診療分

山 口 市 長    様

上記のとおり申請します。

年    月    日

申請人 (国保世帯主)

被保険者記号・番号    山 3 - \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日    昭和・平成    年    月    日

連絡先 \_\_\_\_\_

受付印	受付確認欄	担当
	<input type="checkbox"/> 本人確認 (確認資料名 : ) <input type="checkbox"/> 送付時期説明済み (1週間程度) <input type="checkbox"/> (窓口交付希望 [受付窓口 ]) <input type="checkbox"/> 備考 (受付時要望などがあった場合) ( )	受付    作成