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
□　確定申告に必要なため □　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

フリガナ

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
	□本人確認（確認資料名：　　） □送付時期説明済み（１週間程度） □（窓口交付希望〔受付窓口　　〕） □備考（受付時要望などがあった場合） （　　）	受付 作成