

# 国民健康保険医療費のお知らせ 再発行申請書

(あて先)  
伊方町長

下記の診療について、医療費のお知らせの再発行を依頼します。

年 月 日

世帯主 (申請者)	被保険者証 記号番号	
	住 所	
	氏 名	
	生年月日	S・H・R 年 月 日
再発行を希望 する診療期間	年 月 ~ 年 月 ※再発行できる直近の診療月は、申請書を受付した月の3か月前までになります。 (例) 令和3年1月受付 → 令和2年9・10月診療分まで発行可能	

## <注意事項>

- ・郵送申請の場合は、本人(世帯主)確認書類(コピー)を同封してください。窓口交付の場合は、本人確認書類を提示いただきます。
- ・本申請により再発行するものは、1度郵送した医療費のお知らせの写しです。
- ・医療機関からの診療報酬明細書等が遅れて提出された場合等には、医療費のお知らせに記載されない場合があります。
- ・医療費控除の申告に関することは、税務署にお問い合わせください。
- ・世帯主が亡くなり相続人が申請を行う場合、下記「確約書」に記入の上、提出してください。なお、相続人と世帯主(被保険者)の関係が分かるもの(戸籍謄本等)の提出を求める場合があります。

(世帯主が亡くなった場合)

## 確 約 書

上記「国民健康保険医療費のお知らせ再発行申請書」に記載の世帯主死亡に伴い、私(相続人)が医療費のお知らせの再発行を依頼しますが、他の相続等から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、伊方町の国民健康保険に一切の迷惑をかけないことを確約します。

年 月 日

申請者 (相続人)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	S・H・R 年 月 日
	世帯主との続柄	

## <伊方町使用欄>

本人(申請者) 確認書類	受 付	作 成	点 検	発 送	発送日	受付日付印
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他  ( )						
備 考						