

| | | | |
|---------------|------|------|-----|
| 健保 使用 欄 | 常務理事 | 担当上司 | 担 当 |
| | | | |

医療費通知再発行申請書

三谷健康保険組合 御中

※太枠内をご記入ください

↓記号番号が分からない場合は個人番号(マイナンバー)を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------|------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|---|---|--|--|--|
| 被保険者等の 記号番号 | 記 号 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所(会社)の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | 日中連絡先電話番号 | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | | | | | | 勤務先 | | - | - | | | |
| | | 携 帯 | | - | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付を必要とする 診療期間 | 令和 年 月診療分 ~ 令和 年 月診療分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付を必要とする 理由 | ※医療費通知書の再発行理由についてお書きください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療費通知 送付先 | 〒 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 宛名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり医療費通知書の再発行を申請します。

申請日 令和 年 月 日

【申請書送付先・問い合わせ先】
〒910-8510
福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階
三谷健康保険組合
TEL 0776-20-3155