

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

被保険者証 の記号番号	記 号		事業所(会社) の名称					
	番 号							
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	-	-
						自 宅	-	-
住 所	〒 -							
交付を必要とする 診療期間	平成 年 月診療分 ~ 平成 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