

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																								
										勤 務 先	-	-	-	-	-	-	-																	
	生年月日	昭・平 年 月 日								携 帯	-	-	-	-	-	-	-																	
										自 宅	-	-	-	-	-	-	-																	
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