

医療費通知再交付願

我孫子市長あて

届出日	令和 年 月 日	被保険者 記号・番号	
		我	—

【申請者】

住 所	
氏 名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
続 柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯主以外()
電話番号	— —

【対象者】

住 所	同上	我孫子市
氏 名	同上	
電話番号	同上	— —
対象年度	年度通知分	
申請理由		

申請者の本人確認	1点	個番カ・免許・旅券・住カ(写有)・在カ・障害者手帳・運転経歴 その他官公署が発行した写真付きのもの()	発行方法	
	2点 ア+ア もしくは ア+イ	ア 保険証(介護・国保・後期)・資格確認書(国保・後期)・特定疾病証・特定疾患証・限度額証・ その他官公署が発行した証で個人識別事項(①氏名②生年月日③住所)が確認できるもの () イ 保険証または資格確認書(社保)・資格情報通知書(お知らせ)・年金手帳・社員証・学生証・ クレジットカード・キャッシュカ・その他第三者が発行した個人識別事項(①氏名)が印字記載され たもの()	窓口	郵送

*上記の本人確認ができる場合のみ、即日交付します(別世帯は委任状が必要)

*マイナンバーの通知カードは総務省の通知により、本人確認書類として取り扱うことが適当でないため、「ア」、「イ」どちらにも該当しない。

受領サイン

医療費通知再交付願

記入例

我孫子市長あて

届出日	令和 × 年 ×× 月×× 日	被保険者 記号・番号
		我 1 - 2 3 4 5 6 7 8 9

【申請者】

住所	我孫子市我孫子1858番地	
氏名	我孫子 太郎	
生年月日	昭和・平成・令和	×× 年 ×× 月 ×× 日
続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主以外(子)
電話番号	090 - 1234 - 5678	

【対象者】

住所	同上	我孫子市
対象者氏名	同上	
電話番号	同上	-
対象年度	令和5 年度通知分	
申請理由	紛失のため。	例: 令和5年度通知分は、令和4年11月から令和5年10月診療分が記載されています。

申請者の本人確認	1点	個番カ・免許・旅券・住カ(写有)・在カ・障害者手帳・運転経歴 その他官公署が発行した写真付きのもの()	発行方法	
	2点 ア+ア もしくは ア+イ	ア 保険証(介護・国保・後期) 資格確認書(国保・後期) 特病療養証 特病疾患証・限度額証・ その他官公署が発行した()が確認できるもの イ 保険証または資格確認書 クレジットカ・キャッシュカ・ たもの() 長・社員証・学生証・ (名)が印字記載され	窓口	郵送

記入不要

*上記の本人確認ができる場合のみ、即日交付します(別世帯は委任状が必要)

*マイナンバーの通知カードは総務省の通知により、本人確認書類として取り扱うことが適当でないため、「ア」、「イ」どちらにも該当しない。

受領サイン