

# 医療費通知交付申請書

被保険者記号番号	雲仙			
交付対象者	<input type="checkbox"/> 世帯全員	世帯主氏名		
	<input type="checkbox"/> 個人	受診者氏名		
受診年月日	平成 令和	年 月 ~	平成 令和	年 月 診療分
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者（同一世帯の場合）</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ ㊟</p> <p>受診者との関係 _____ 連絡先(電話) _____ - _____</p> <p>申請代理人（同一世帯以外の場合 ⇒ 委任状が必要です。）</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ ㊟</p> <p>受診者との関係 _____ 通知送付先 ・ 受診者住所 ・ 代理人住所</p> <p>連絡先(電話) _____ - _____</p>				
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
使用目的	<input type="checkbox"/> 医療費の確認 <input type="checkbox"/> 確定申告用資料 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

※添付資料:申請者または申請代理人の本人確認ができるもの