

課長	係長	係

令和 年 月 日

小山市長 様

医療費通知等再交付申請書

【申請者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

下記のとおり、医療費通知等の再交付を申請します。

【国民健康保険 記号・番号】 記号 _____ 番号 _____

【住 所】 小山市 _____

【世 帯 主】 _____

【対 象 者】 _____

【生 年 月 日】 昭和・平成・令和 年 月 日 _____

【受診対象期間】 令和 年 月 ~ 令和 年 月 _____

【再交付の理由】 _____

申請者本人確認欄

免許証・在カ・個カ・その他

【 _____ 】