

医療費通知 再交付申請書

私 _____ は、私自身にかかる _____ 年 _____ 月診療分の医療費
通知情報について、再度提供いただきますよう申請します。

記号番号	奈1 _____
申請者	
申請者の住所	〒 _____
電話番号	
申請理由	

※市役所処理欄

交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送
確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 (_____)