

# 医療費通知再交付申請書

申請年月日 令和 年 月 日

君津市長 様

下記の医療費通知について、再交付を申請します。

記 号 番 号	君津
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
対象診療期間	年 月 ~ 年 月 診療分
再 交 付 理 由	紛失・破損・その他 ( )

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
連 絡 先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

-----  
【 職員記入欄 】

申請方法	窓口 ・ 郵送	対応職員	
申請者	本人・代理人 ( )	交付職員	
本人確認	免許証・個人番号カード・その他 ( )		