

国民健康保険 医療費通知再発行申請書

福 津 市 長 宛

次のとおり申請します。

申請日：令和 年 月 日

被保険者記号番号									
世 帯 主 氏 名									
世 帯 主 住 所		福津市							
世帯主生年月日		大正・昭和・平成・西暦 年 月 日							
電 話 番 号									
再発行を要する期間		令和 年 月受診分 ～ 令和 年 月受診分							
再発行を要する理由		☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ その他()							
出 力 単 位		☐ 世帯単位 ☐ 個人単位 () ※個人単位の場合は()内にその方の名前をご記入ください。							
申 請 者 (来庁者)	氏 名	☐ 世帯主本人が申請者のため記載省略							
	住 所	☐ 世帯主と同一住所のため記載省略							
	電話番号	☐ 上記の電話番号と同一のため記載省略					世帯主から みた続柄		

※原則、再発行はできません。やむを得ず再発行を希望する場合は郵送でのみ申請を受け付けます。
必ず世帯主の住所を書き、切手を貼った返信用封筒を同封して、下記あて先まで申請書をお送りください。

※再発行の医療費通知は世帯主あてにのみ郵送できます。送付先の変更には別途お手続きが必要です。

※医療費通知の再発行は申請日時時点で発行済かつ申請日から7年以内の診療月のものです。

医療機関から市へ提出されたレセプト(診療報酬明細書)の内容に不備があった場合、医療費通知を発行できないことがありますので、あらかじめご了承ください。

あて先：〒811-3293
福津市中央1丁目1番1号
福津市役所保険年金医療課
電話番号：0940-43-8127

受付者()