

地 区	行 政 区	被 保 険 番 号	健 康 推 進 課	課 長	課長補佐	係 長	係
		み白					

## 国民健康保険 医療費通知書 再交付申請書

氏 名		続 柄	生年月日
1			
2			
3			
4			
5			
再 付 申 請 の 理 由		<input type="checkbox"/> 税の申告のため <input type="checkbox"/> その他( )	
再 付 申 請 の 理 由		年 月 ~ 年 月 診療分	

上記のとおり申請いたします。

年 月 日  
平

世帯主 住 所

氏 名

(印)

電話番号

白 石 市 長 あ て

○交付申請に来た人 (申請者が世帯主の場合、この欄への記入は不要です)

住 所			
氏 名	<input type="checkbox"/>	世帯主との 続 柄	

再交付申請ができるのは、既に発行済みの診療月分です。

通知書発送時期は以下の通りです。

令和6年12月～令和7年5月診療分…令和7年8月下旬発送

令和7年6月～令和7年11月診療分…令和7年2月上旬発送

※確定申告時、12月分は医療機関の領収書をご使用ください。