

松戸市国民健康保険給付に関する記録(写)申請書

年 月 日

松戸市長 本郷谷 健次 様

〒 ー

住所 松戸市

フリガナ

氏名

被保険者証記号・番号 松 ー

電話番号 ()

携帯番号 ()

下記のとおり、松戸市国民健康保険給付に関する記録(写)を申請します。

申請理由	(<input type="checkbox"/> 確定申告 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 () の為)
申請に係る松戸市国民健康保険給付に関する記録内容と希望区分	<input type="checkbox"/> 申請者(本人) <input type="checkbox"/> その他氏名 () の
	<input type="checkbox"/> 年 月から 年 月診療分の高額療養費支給台帳(写)
	<input type="checkbox"/> 年 月から 年 月診療分の医療費通知記録(写)
	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送による交付 <input type="checkbox"/> 窓口回答 <input type="checkbox"/> 電話回答

注1) 各欄に必要事項を記入し、該当する□にレ点を記入してください。

注2) 申請の際は、顔写真付きの公的身分証明書(運転免許証、パスポート、住基カード等)の提示が必要です。上記の証明書がない場合は、住民票の住所地へ郵送します。

(職員記入欄)この欄には記入しないでください。

本人確認欄 (該当する□にレ点を記入)	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他() <small>※ 電話対応または、窓口で、顔写真付きの身分証明証がない人(確認したらレ点を記入) <input type="checkbox"/> 電話の場合は、必ず折り返しにすること。</small> <input type="checkbox"/> 被保険者番号 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 家族構成 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他()
------------------------	--

受付印

(確認欄)

班長	担当