

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

〒 ー

世帯主 住所

フリガナ

氏名

被保険者証記号・番号 松

電話番号

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"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 遺族( ) <input type="checkbox"/> 代理人( )
	<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"/> 郵送による交付 <input type="checkbox"/> 窓口交付	

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) 窓口交付を希望する場合、顔写真付きの公的な身分証明書(運転免許証、旅券(パスポート)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。

代理人必要書類	<input type="checkbox"/> 委任状 ※同一世帯の国保加入者は不要
遺族確認	<input type="checkbox"/> 遺族であることが分かる書類( ) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳
窓口受取時 本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> その他( )

受付印

確認者	受付者