

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

$$\overline{\overline{T}} \quad \quad \quad -$$

世帯主 住所

フリガナ

氏名

被保険者記号番号 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	☐ 世帯主 ☐ 遺族() ☐ 代理人()					
	☐	年	月から	年	月診療分の高額療養費支給台帳(写)	
	☐	年	月から	年	月診療分の医療費通知記録(写)	
	☐ その他()					
☐ 郵送による交付 ☐ 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(個人番号カード、運転免許証等)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	☐ 委任状 ※同一世帯の国保加入者は不要
遺族確認	☐ 遺族であることが分かる書類() ☐ 住民基本台帳
窓口受取時 本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券(パスポート) ☐ その他()

受 付 印

確認者	受付者