

医療費通知交付申請書

令和 年 月 日

江戸川区長 殿 ㊞

住所 江戸川区

世帯主 氏名

国保記号番号 ー .

連絡先電話番号

[申請者] 氏名 (続柄)

私の世帯の受療に掛かる下記の医療費について、お知らせください。

記

◎ 必要な方 [世帯全員 ・ 世帯員一部 分]

◎ 必要な期間 [年 月診療分から 年 月診療分]

(交付できるのは、申請する月の3か月前の診療分までです。)

◎ 必要な医療機関名等

[期間内の全て・特定の医療機関[]]

窓口受付印

受付	担当