

医療費通知交付申請書

令和 7 年 4 月 1 日

江戸川区長 殿

〒132-8501

住所 江戸川区中央1-4-1

世帯主 氏名 江戸川 太郎

国保記号番号 23- 00・1234

連絡先電話番号 5662-8053

[申請者] 氏名 江戸川 太郎 (続柄 本人)

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 [令和5年 1月診療分から 令和5年 12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] ○×病院]]

窓口受付印

受付	担当