

医療費通知交付申請書

令和 年 月 日

江戸川区長 殿

住所 〒 _____

世帯主 氏名 _____ 印 _____

国保記号番号 23 _____ . _____

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[_____]]

受領印

受付	担当
