

医療費通知交付申請書

令和 元年 9月15日

江戸川区長 殿

住所 〒132-8501 江戸川区中央1-4-1

世帯主 氏名 江戸川 太郎 印

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 [平成31年 1月診療分から令和 元年 6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] ○×病院 _____]

受領印

受付	担当