

岡山市国民健康保険医療費のお知らせ 再交付申請書

岡山市国保年金課長 様

以下の世帯の医療費のお知らせの再交付を申請します。

令和 年 月 日

被保険者記号番号		岡1ー	
世帯主	住所		
	氏名		
申請者	氏名		続柄
	電話番号	ー	ー
必要な診療月		年 月 ～ 年 月 ※申請年から5年以内	
交付理由		<input type="checkbox"/> 医療費の確認 <input type="checkbox"/> 医療費控除の申告 <input type="checkbox"/> その他()	
交付方法		<input type="checkbox"/> 世帯主に送付 <input type="checkbox"/> 窓口受取(後日) <input type="checkbox"/> 相続人に送付	

【注意事項】

- ・ 郵送での申請は、申請者の本人確認書類のコピーを添付してください。
- ・ 窓口での受け取りは、顔写真付きの本人確認書類の提示が必要です。
- ・ 世帯主もしくは同一世帯の世帯員以外の方が申請する場合は、委任状及び委任者の本人確認書類のコピーを添付してください。
- ・ 亡くなられている方の医療費のお知らせは、相続人からの申請により交付します。下記確約書を記入し、亡くなられた方と相続人との相続関係(続柄)及びそれぞれの氏名・生年月日を確認できる書類(戸籍謄本、法定相続情報一覧図(コピー不可))を添付してください。
- ・ 医療機関の窓口でお支払いした額とお知らせの額が異なる場合や、お知らせに記載されない場合があります。

令和 年 月 日

確約書		
被相続人死亡に伴い、相続人となる私が上記の通り医療費のお知らせの再交付を申請しますが、他の相続人からの異議申し出があったときは、私の責任において解決することを確約します。		
相続人 (申請者)	住所	
	氏名	
	電話番号	ー ー

【岡山市記入欄】

受付場所	受付者	申請者本人確認	資料確認(相続)
区役所市民保険年金課 支所 地域センター 市民サービスセンター		マイナンバーカード 免許証 資格確認書(保険証) その他()	戸籍謄本 その他()
受付印	上記申請について、別紙のとおり交付してよろしいか。		
	課長	課長補佐	係員 担当者
			起案 令和 年 月 日
			決裁 令和 年 月 日