

医療費通知に記載される方  
(本人)が申請される場合

多摩市長 殿

年 月 日

申請者等	氏名	(フリガナ) <b>タマ ハナコ</b> <b>多摩 花子</b>	生年月日	<b>昭和〇〇 年 〇〇月 〇〇日</b>
	住所	<b>多摩市関戸〇-〇-〇</b>	電話番号	<b>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</b>
	医療費通知に記載する被保険者等との関係	<b>1 本人</b> 2 法定代理人 4 遺族        5 遺族の法定代理人	3 任意代理人 6 遺族の任意代理人	
医療費通知の単位期間		年 1 1 月 ~ 年 1 0 月		

- ※ 代理人等が申請者の場合は、代理人等であることを証明する書類を添付してください。
- ※ 「医療費通知の単位期間」欄は、直近の対象期間以外の医療費通知を受けようとする場合にのみ、記載してください。
- ※ 上記申請者の住所宛てに通知を送付します。

同意される場合は、チェックをお願いします

【資料等の確認の同意】

- 医療費通知の申請に関する身分等の事実確認のため、多摩市長が住民票、戸籍その他必要な資料等を確認することに同意します。(同意する場合は、□に✓を記入してください。)
- ※ 代理人が申請者の場合は、医療費通知に記載される者の同意を得た上で□に✓を記入してください。
- ※ 同意しない場合は、事実確認のための書類の添付又は提示が必要となります。

次のとおり医療費通知の交付し **医療費通知に記載される方が申請者と同じ場合はこちらをご記入ください。**

1 医療費通知に記載される者が申請者と同じ場合（記載される者が申請する）

多摩市国民健康保険被保険者証の記号及び番号	世帯主名
記号 <b>47- 〇〇</b> 番号 <b>〇〇〇〇</b>	<b>多摩 たま</b>

2 医療費通知に記載される者が申請者と異なる場合（記載される者以外の者が申請する場合）

医療費通知に記載される者	氏名	(フリガナ) _____	年 月 日
	住所	_____	
	多摩市国民健康保険被保険者証の記号	_____	
	記号	_____	

**この欄は、医療費通知に記載される方が、  
申請者と異なる場合のみご記入ください。  
(申請者と同じ場合は、記入不要です)**

- ※ 上記の1又は2の該当する番号を○で囲み、記入してください。
- ※ 多摩市国民健康保険の被保険者であった場合は、そのときの住所等を記入してください。

【注意事項】

- 申請は、被保険者又は被保険者であった方本人の医療費通知に限ります。同じ世帯で二人以上の医療費通知を申請する場合は、それぞれ申請書を記入してください。  
なお、同じ世帯の未成年者の医療費通知に限り、同一の申請書で申請できます。
- 医療費通知は、申請者宛てに、住所地に郵送します。窓口で申請した場合も郵送します。
- 申請書の受け付けは、郵送又は市役所本庁舎の担当課のみです。市役所出張所では取り扱いません。

【申請及び問合せ先】 多摩市役所健康福祉部保険年金課国保担当 電話 042-338-6824

**記入不要です**