

多摩市国民健康保険医療費通知交付申請書

多摩市長 殿

年 月 日

申請者等	氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	
	医療費通知に記載する被保険者等との関係	1 本人 4 遺族	2 法定代理人 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。

【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を申請します。

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場合）

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 — 番号	

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)	生年月日	年 月 日	
	住所		電話番号		
	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 — 番号				

- ※ 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、窓口で申請した場合でも申請者宛てに住所地に郵送します。ただし、市役所本庁舎の担当課で後日受領できる場合がありますので、希望する場合は、その旨を申し出てください。
- 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

受付者		通知送付日	年 月 日
本人確認	1点	番号C・免・パ・障手・在留・他()	
	2点	国保・介保・年手・住票・キャ・他()	

代理権の確認
代理人申請の場合の委任者の本人確認書類 ()

收受印
郵送・窓口