

# 医療費通知再交付申請書

申請年月日 令和 年 月 日

真岡市長 様

下記の医療費通知について、再交付を申請します。

記号番号	
世帯主氏名	
生年月日	年 月 日
対象診療期間 (再発行を希望する期間)	① 年 1月 ~ 10月診療分
	② 年 11月 ~ 12月診療分
再交付理由	紛失・破損・その他 ( )

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 委任状

【委任者】(本人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (署名又は押印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、医療費通知の受け取りを委任します。

【代理人】(窓口に来る人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_

\*代理の方は必ず身分確認のできるもの(運転免許証など)をお持ちください。