

再発行を希望する文書	<input type="checkbox"/> 領収済通知書（領収証書） <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の写し
再発行を希望する文書の整理番号	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> </div> <p>※「0（ゼロ）」を含めた8桁の整理番号を入力してください。 ※整理番号は、「医療費の返還請求について」の整理番号欄に記載しております。また、「納入通知書（領収証書）」をお持ちの方は左下、「返還金額の内訳」をお持ちの方は右上に記載しております。</p>
再発行を希望する理由	

上記のとおり申請します。（※世帯主以外は申請できません。）

令和 年 月 日

（世帯主） 氏名

住所

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号

・・・保険年金課使用欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

被保険者番号

通知整理番号

返還金額

受付日付印

記入例

領収証書 診療報酬明細書の写し

再発行申請書

再発行を希望する文書	<input type="checkbox"/> 領収済通知書（領収証書） <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の写し
再発行を希望する文書の整理番号	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <p>※「0（ゼロ）」を含めた8桁の整理番号を入力してください。 ※整理番号は、「医療費の返還請求について」の整理番号欄に記載しております。また、「納入通知書（領収証書）」をお持ちの方は左下、「返還金額の内訳」をお持ちの方は右上に記載しております。</p>
再発行を希望する理由	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> 再発行を希望する文書, 希望する文書の整理番号(8桁), 希望する理由を記入してください。(例:紛失のため) </div>

上記のとおり申請します。（※世帯主以外は申請できません。）

令和 年 月 日

（世帯主）

氏名

住所

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号

世帯主の住所, 氏名, 生年月日, 電話番号を記入してください。

..... 保険年金課使用欄

被保険者番号

通知整理番号

返還金額

受付日付印