

国民健康保険医療費通知 再発行申請書

柏市長 あて

※太枠内を記入してください。

下記のとおり申請します。

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

※本人以外が申請者のときは、代理人等であることを証明する書類が必要な場合があります。

交付対象者	被保険者番号	柏		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	- -

必要な期間	<input type="checkbox"/> 令和3年12月以前の受診分 ※別住所等の方は委任状等が必要です。	<input type="checkbox"/> 令和4年1月以降の受診分 ※本人以外は委任状等が必要です。
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 までの診療分 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 までの診療分	

※令和3年12月以前の診療分は世帯単位で、令和4年1月以降の診療分は個人単位で作成されます。

※既に送付している医療費通知のうち過去5年間分のみ再発行可能です。

理由	<input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> その他 ()
----	--

<注意事項>

- ・ 受領が委任されていない場合は、交付対象者の住民登録地等に送付します。
- ・ 申請受付窓口は市役所本庁舎のみです。(沼南支所・出張所等では申請できません)
- ・ 医療費通知は確定申告の医療費控除に使用できます。(平成29年6月以降診療分から)
- ・ 医療費通知に記載のない医療費について医療費控除の適用を受ける場合は、領収書に基づいて「医療費控除の明細書」を作成のうえ申告書に添付する必要があります。

R4.5.1版

----- 保険年金課処理欄 -----

決裁	課長	副参事	統括L	担当L	担当
処理	受付	発行	交付	確認	

交付方法
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送

交付(郵送)年月日
年 月 日

收受印

保険年金課処理欄
受付窓口 <input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> 郵便
本人確認 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
申請資格 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同世帯 ※R4.1~ 要委任状等 <input type="checkbox"/> 同住所 ※R4.1~ 要委任状等 <input type="checkbox"/> 代理人 ※要委任状等
代理権確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> その他 ()
交付内容 <input type="checkbox"/> R4.1以降 <input type="checkbox"/> R3.12以前 <input type="checkbox"/> 除外分不要 ※即日交付可能 <input type="checkbox"/> 除外分必要 ※郵送対応のみ

委任状

年 月 日

柏市長 あて

委任者 (本人)	住所		電話番号	- -
	氏名	⑩	生年月日	年 月 日

下記の者を代理人と定め、国民健康保険医療費通知再発行の申請及び受領に間する一切の権限を委任したのでお届けします。

記

代理人	住所		電話番号	- -
	氏名		生年月日	年 月 日