

福津市国民健康保険 医療費通知再発行 申請書

次のとおり申請します。

平成 年 月 日

被保険者 (世帯主)	保険証番号	記号				番号				
	氏名					生年月日	年	月	日	
	住所	福津市								
	電話番号	— —								
再発行を必要とする診療期間	平成 年 月診療分 ～ 平成 年 月診療分									
再発行を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()									
申請者が世帯主 以外の場合	氏名					続柄				
	住所									
	電話番号	— —								

※再発行できる診療月は、平成 29 年 1 月診療分以降で、医療費通知を発行済の診療月のみです。医療機関から福津市へのレセプト（診療報酬明細書）の報告に誤りがあった場合、医療費通知を発行できない月もありますので、あらかじめご了承ください。

※再発行の医療費通知は世帯主のご住所に送付します。別のご住所への送付には別途送付先変更届が必要です。

※申請は郵送やメールでも受け付けています。下記のあて先までお送りください。

あて先
 住所：〒811-3293
 福津市中央1丁目1番1号
 担当：福津市 保険年金医療課
 E-mail：hoken@city.fukutsu.lg.jp
 電話番号：0940-43-8127