

医療費通知請求書

練馬区長 様

練馬区国民健康保険医療費通知実施要綱第7条の規定に基づき、つぎのとおり医療費通知を請求します。

1 記号番号	20 - -
2 対象者	<input type="checkbox"/> 世帯全員分 <input type="checkbox"/> 右記の世帯員（ ）
3 請求の形式	<input type="checkbox"/> 世帯単位 <input type="checkbox"/> 個人ごと
4 対象月	年 月 ～ 年 月 まで
5 請求の理由	<input type="checkbox"/> 確定申告のため <input type="checkbox"/> その他（ ）

年 月 日

住 所

申請者 氏名 世帯主との続柄（本人・その他（ ））

（電話番号） - -

（窓口受取の場合）受領者氏名_____

※窓口受取の際は請求者の本人確認物をご持参ください。

本人確認物（写）	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
----------	--