

医療費通知送付辞退申出書

下記のとおり、医療費通知の送付を辞退します。

令和 年 月 日

記号番号	20 - -
住所	
世帯主	
申出人	
申出人連絡先	
辞退理由	

添付資料

本人確認物（写）	マイナンバーカード 資格確認書 運転免許証 その他（ ）
----------	---------------------------------

同意欄

私は、医療費通知の作成・送付を辞退することに伴い、今後世帯全体として医療費通知が作成されなくなることに同意します。

同意欄	同意します（マルで囲ってください）
-----	-------------------

なお、送付の再開を希望される場合は、お電話いただきますようお願いいたします。

事務処理欄

受付年月日	年 月 日
受付者	
受付方法	来庁 ・ 郵送
特記事項	