

医療費通知交付・再交付申請書

被保険者番号	
世帯主氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
交付受診年月	令和 年 月診療分 ～ 令和 年 月診療分
都城市長 あて 医療費通知の交付・再交付を上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 都城市 世帯主氏名 電話番号 () -	

届 出 者 氏 名		本人との関係	
届 出 者 住 所		電 話 番 号	() -

受付部署	受付担当者	処 理 欄
●保険年金課 ●総合支所 山之口 高城 山田 高崎 ●各地区市民センター（ ）		申請者確認 ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他（ ） 委任確認 ☐ 委任状 ☐ 同世帯 ☐ 郵送 ☐ その他（ ） 交付方法 ☐ 窓口 ☐ 郵送（ 月 日 送付）