

記入例

医療費のお知らせ交付申請書

目黒区長 宛て

記入日を書いてください。

RO年 OO月 OO日

申請者	氏名	(フリガナ) メグロ タロウ 目黒 太郎	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 OO年OO月OO日生
	住所	目黒区上目黒2-19-15 電話番号 03-0123-4567		
	受診者との関係	※該当する番号に○をつけてください。 <input checked="" type="radio"/> 1 本人 <input type="radio"/> 2 世帯主 <input type="radio"/> 3 代理人 (関係:)		

下記のとおり、医療費に係る情報について交付申請します。

1	被保険者記号	10-OO	番号	OOOO
2	世帯主氏名	目黒 太郎		
3	住所	目黒区上目黒2-19-15		
4	受診者氏名	目黒 太郎、目黒 花子		
5	受診年月	RO年OO月～RO年OO月 診療分		
6	受診区分	医科・歯科・調剤・訪問看護・柔道整復		
7	医療機関等名称			
8	申請理由 ※該当する番号に○をつけてください。	1. <input checked="" type="radio"/> 確定申告に使用するため。 2. <input type="radio"/> 受診した医療機関及び医療 3. <input type="radio"/> その他 ()		

受診年月については、お受けできない期間がありますので、事前にお問い合わせください。

受診区分は必要なところを○で囲って下さい。すべて必要な場合は、記入不要です。

※区処理欄

本人 確認書類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 官公署の発行した免許証・許可証又は身分 <input type="checkbox"/> その他 ()
代理人 確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(抄本) <input type="checkbox"/> 住民票(抄本) <input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> その他 ()

医療機関等名称は、特定の医療機関について受診記録を確認したい場合は、その医療機関名を記入して下さい。
受診したすべての医療機関を知りたい場合は、記入不要です。

申請の際には、申請者の身分証明書(保険証、運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等)の写しを添付して下さい。