

再 交 付 申 請 書

被保険者番号.....

.....が受診しました、令和.....年

.....月分の.....に係る

(医療費通知 ・ 決定通知書) の再交付を申請いたします。

令和.....年.....月.....日

住 所

TEL

氏 名