

国民健康保険医療費の通知交付申請書

令和 年 月 日

北九州市 \_\_\_\_\_ 区国保年金課長 様

被保険者証記号番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

申 請 者  
(世帯主) \_\_\_\_\_

(受診者)

代 理 人 \_\_\_\_\_

※代理人による申請の場合は、委任状と代理人の方の本人確認書類が必要です。

次のとおり、国民健康保険の医療費についてお知らせください。

医療機関名	診療年月日	医療機関名	診療年月日
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
通知の交付方法	1 . 窓 口	2 . 郵 送	