

## 国民健康保険医療費の通知交付申請書

申請時の日付を記入

令和6年12月2日

北九州市 小倉北 区国保年金課長 様

被保険者記号番号 402-12345678

住 所 北九州市小倉北区内1-1

申請者（世帯主）の名前を記入  
申請者と異なる医療費通知を希望する場合は（受信者）に名前を記入申 請 者  
（世帯主） 北九 太郎

（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。

必要な医療機関名を記入（受診した医療機関全部の場合は「全医療機関」と記入）

医療機関名	診療年月日	医療機関名	診療年月日
北九州病院	R6年4月 ~ R6年10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	