

記入例

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 年 月 日

北九州市 小倉北 区国保年金課長 様

保険証の記号番号、住所を記入

被保険者証記号番号 4 0 2 - 1 2 3 4 5 6 7 8

住 所 北九州市小倉北区城内1-1

申請者（世帯主）の名前を記入
申請者と異なる人の医療費通知を申請する場合は（受診者）に名前を記入

申 請 者 北九 太郎
(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。

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	2年 2月～ 2年 12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	

受取り方法にマルをする。
申請前に各区役所国保年金課に問い合わせること。