

医療費負担内訳開示願 兼 医療費通知再交付願

記入例

我孫子市長あて

届出日	令和 ×年××月××日	被保険者 記号・番号
		我 1 - 2 3 4 5 6 7 8 9

【申請者】

住所	我孫子市我孫子1858番地		
氏名	我孫子 太郎		
生年月日	昭和・平成・令和	××年××月××日	
続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主以外(子)	
電話番号	090 - 1234 - 5678		

【医療費内訳の開示対象者】

住所	同上	我孫子市
対象者氏名	同上	
電話番号	同上	-
開示診療期間	年 月診療分 ~ 年 月診療分	(医療費通知再交付の方) H30 年度通知分
申請理由	紛失のため。	

申請者の本人確認	1点	個番力・免許・旅券・住力(写有)・在力・障害者手帳・運転経歴 その他官公署が発行した写真付きのもの( )	発行方法	
	2点	ア	保険証(介護・国保・後期・高齢受給者証・特定疾病証・特定疾患証・限度額証 その他官公署が発行した証で、個人識別事項(①氏名②生年月日③住所) が確認できるもの( )	窓口 郵送
	ア+ア もしくは ア+イ	イ	保険証(社保) 力・キャッシュカ その他第三者か 字記載されたもの ( )	

記入不要

※上記の本人確認ができる場合のみ、郵送交付も可能(別途必要な書類が必要)。  
 ※マイナンバーの通知カードは総務省の通知により、本人確認書類として取扱うことが適当でないため、「ア」、「イ」どちらにも該当しません。

受領サイン

医療費負担内訳開示願 兼 医療費通知再交付願

我孫子市長あて

届出日	令和 年 月 日	被保険者 記号・番号
		我 ー

【申請者】

住 所	
氏 名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯主以外( )
電話番号	ー ー

【医療費内訳の開示対象者】

住 所	<input type="text" value="同上"/>	我孫子市
対象者氏名	<input type="text" value="同上"/>	
電話番号	<input type="text" value="同上"/>	ー ー
開示診療期間	年 月診療分 ~ 年 月診療分	(医療費通知再交付の方) 年度通知分
申請理由		

申請者の本人確認	1点	個番号・免許・旅券・住力(写有)・在力・障害者手帳・運転経歴 その他官公署が発行した写真付きのもの( )	発行方法	
	2点 ア+ア もしくは ア+イ	ア 保険証(介護・国保・後期)・高齢受給者証・特定疾病証・特定疾患証・限度額証 その他官公署が発行した証で、個人識別事項(①氏名②生年月日③住所) が確認できるもの( )	窓口	郵送
イ	保険証(社保)・年金手帳・社員証・学生証・クレジットカード・キャッシュカ その他第三者が発行した個人識別事項(①氏名)が印字記載されたもの ( )			

※上記の本人確認ができる場合のみ、即日交付します(別世帯は委任状が必要)。  
 ※マイナンバーの通知カードは総務省の通知により、本人確認書類として取扱うことが適当でないため、  
 「ア」、「イ」どちらにも該当しません。

受領サイン

---