

年 月 日

中野区保険医療課担当者 殿

記号番号 14- -

住 所

氏 名

電話番号

(対象者※)

※同居の未成年者

医療費通知発行申請書

下記の期間の医療費通知の発行を申請します。

記

対象期間

☐ 令和6年度分(令和5年11月～令和6年10月)

☐ 年 月～ 年 月

※申請者のご本人様が確認できる資料(運転免許証、マイナンバーカード等、顔写真付のもの)をコピーの上、申請書を添付してください。