

彦根市国民健康保険にかかる医療費通知再交付申請書

届 出 者 名		本人との 関 係	
届 出 者 住 所		連 絡 先 電話番号	

被保険者 記号番号		滋彦	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		性別男・女
	生年月日	年 月 日	
	住所		
期間		年 月診療分 ～ 年 月診療分まで	
申請の理由		☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 盗難 ☐ その他（ ）	
彦根市長 様 上記のとおり、彦根市国民健康保険にかかる医療費通知の再交付を申請します。 年 月 日 申請者 住所 （世帯主） 氏名			