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

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５年度分（令和４年１１月～令和５年１０月）

　　□　その他　　　　年　　　　月～　　　年　　　　　月

H29年11月まで （区にデータがあるもの)

※ご本人様の確認のできる資料（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、申請書に添付してください。