

☐ 医療費通知辞退届      ☐ 医療費通知辞退解除届

中野区長 あて

私は、医療費通知(中野区国民健康保険の「医療費についてのお知らせ」)について、

☐ 受け取りを辞退します    ☐ 受け取りの辞退を解除します

ので、お届けします。

年      月      日

住      所

氏      名

生年月日

年      月      日

被保険者証記号番号 14ー      ー

※届出日現在、中学生以下の方は、保護者の同意が必要です。

中野区長 あて

上記の医療費通知 ☐ 辞退    ☐ 辞退の解除 について同意します。

年      月      日

保護者

住      所

氏      名

区使用欄

※届出の際は、保険証及びご本人様の確認できる資料(運転免許証、マイナンバーカード等、顔写真付きのもの)の提示が必要です(郵送の場合は両方のコピーを添付してください)。