

医療費通知辞退届

医療費通知辞退解除届

中野区長 へ

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- \_\_\_\_\_

※届出日現在、中学生以下の方は、下記保護者の同意が必要です。

中野区長 へ

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、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、申請書にコピーを添付してください)。