

年　月　日

中野区保険医療課国保給付係 宛て

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7年度分（令和6年11月～令和7年10月）

その他 年 月～ 年 月

※

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（おもて面のみ）等、顔写真付のもの）をコピーの上、申請書に添付して送付してください。