国民健康保険医療費等返納金納付証明書交付申請書

（あて先）下関市長

　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者※証明を必要とする方 | 住　所 | 〒　　　　－ |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 申請代理人※請求者と同じ場合は記入不要 | 住　所 | 〒　　　　－ |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 続　柄 |  |
| 必要な証明書 | * 医療費の返納金（　　　　年　　月発見分）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 使用目的 | * 他保険への療養費申請
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 申請理由 | * 紛失
* 破棄
* 破損
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

※請求者本人又は親族以外の方が申請する場合は、委任状が必要です。

※窓口に来られた方は、身分証明書を提示してください。

※処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯番号 |  |  |  |  |  |  |  | 受付者 |  |
| 身分証明書確認 | □ 運転免許証□ 住基（みらい）カード□ パスポート□ その他官公庁発行証明書（　　　　　　　　　　　　　） |