常務理事	事務長	係長		担当

医療費のお知らせ　再発行申請書

埼玉しんきん健康保険組合　理事長　殿

次のとおり申請します。

令和　2　年　8　月　10　日

申請者	被保険者記号番号	1250　－　1		
	氏　　名	健保　太郎	性別	男　・　女
	生年月日	昭和　60　年　6　月　2　日　生		
	住　　所	〒350-0001 埼玉県川越市〇〇１－１－１ （電話番号　090　－　0001　－　0001　）		
再発行を必要とする診療期間		令和　2　年　1　月診療分　から 令和　2　年　3　月診療分　まで		
再発行を必要とする理由		☑ 紛　失　　□ 盗　難　　□ 破　損 □ その他　［　　］		

※申請者が被保険者本人でない場合は下欄にも記載してください

同　意　欄

申請者＿＿＿＿＿＿＿＿（被保険者との続柄：　　）が私の代理で「医療費のお知らせ」の再発行に関する申請を行うことに同意します。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿