

国民健康保険医療費のお知らせ 再発行申請書

神戸市 区長あて

下記の診療期間について、医療費のお知らせの再発行を申請します。

太枠内をご記入ください。							令和	年	月	日
世帯主	被保険者番号									
	住 所									
	氏 名									
	生年月日	昭和・平成 令和・西暦	年	月	日	電話番号	-	-		
対象診療期間		<input type="checkbox"/> 当年分（直近の「医療費のお知らせ」での通知分まで） <input type="checkbox"/> 年 月 ～ 年 月診療分								

来庁者	<input type="checkbox"/> 世帯主本人（以下、記入不要）									
	住 所									
	氏 名									
	電話番号	-	-					世帯主との 続 柄		

《交付方法》
 ・世帯主宛に親展にて郵送いたします。

※世帯主が亡くなり、相続人が申請を行う場合
 相続人は上記枠内に世帯主情報を記入のうえ、裏面「確約書」も記入してください。
 添付書類については、
 裏面＜申請者（相続人）と世帯主（被相続人）の関係の確認について＞をご参照ください。

＜神戸市使用欄＞ ※以下は記入しないでください。

起案日	年 月 日	決裁日	年 月 日	分類	17・04・02・03	
公開の状況	非公開（神戸市情報公開条例第10条第1号に該当）			保存	3年	
上記の申請について、別紙のとおり交付してよろしいか。				受付印		
課長	係長	係	資格確認	資料確認 (相続人時)		

＜＜受付方法＞＞ 郵送 窓口 その他

(世帯主が亡くなった場合)

確約書

「国民健康保険医療費のお知らせ再発行申請書」に記載の世帯主死亡に伴い、私（相続人）が医療費のお知らせの再発行を申請しますが、他の相続人等から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、神戸市の国民健康保険に一切の迷惑をかけないことを確約します。

太枠内をご記入ください。			令和	年	月	日
申請者 (相続人)	住 所					
	氏 名					
	生年月日	昭和・平成 令和・西暦	年	月	日	
	電話番号	—	—	世帯主との 続柄		

《交付方法》

- ・相続人宛に親展にて郵送いたします。

<申請者（相続人）と世帯主（被相続人）の関係の確認について>

①申請者と世帯主が住民票上で別世帯の場合

申請者と世帯主の関係（続柄）が分かるもの（戸籍謄本の写し等）と申請者の本人確認書類^{*1}の写しを添付してください。

②申請者と世帯主が住民票上で同一世帯の場合

以下の同意と申請者の本人確認書類^{*1}の写しがあれば、戸籍謄本の写し等は不要です。

(上記②に該当する方のみ、以下にご記入ください。)

上記被相続人と私の関係について、神戸市国民健康保険が住民票により確認することに同意します。

令和 年 月 日

住所： 上記 申請者の住所と同じ

氏名：

*1 本人確認書類について

運転免許証、マイナンバーカード（表面のみ）、旅券（パスポート）等、官公署発行の顔写真付きの証明書1点。
もしくは、健康保険証、年金手帳、その他公的機関が発行する書類で氏名、生年月日又は住所が確認できるもの2点。