

# 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

記入日をお書きください。

世帯主の情報をお書きください。  
被保険者証番号はお手持ちの  
国保の保険証をご覧ください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

世帯主	被保険者証 番号	1234567				
	住所	神戸市中央区加納町6-5-1				
	氏名	神戸 太郎				
	生年月日	○	年	○	月	○
対象診療期間	電話番号	078-000-0000				
	( ○ )	当年分(直近の「医療費のお知らせ」での通知分まで)				
		年	月	～	年	月

日中に連絡が取れる電話番号  
を必ずお書きください。

来庁者	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ
	電話番号	<input type="checkbox"/> 上記と同じ
	世帯主との 続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主本人

《交付方法》  
・世帯主本人にて郵送いたします。

区役所等の窓口にて申請される場合は、  
来庁者の情報をお書きください。  
※郵送での申請の場合は記入不要です。

【当年分をご希望される場合】  
上段のカッコ内に○を記入してください。

【前年以前の診療分をご希望される場合】  
下段に必要な診療期間を記載してください。  
最大5年度分まで発行できます。

<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。							受付日付印			
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ることを確約します。

太枠内をご記入ください。

		令和	○	年	○	月	○	日					
申請者 (相続人)	住所	神戸市中央区加納町6-5-1											
	氏名	神戸 花子											
	生年月日	○	S	・	H	・	R	○	年	○	月	○	日
	電話番号	078-000-0000											
	世帯主との 続柄	妻											

《交付方法》

・相続人宛に親展にて郵送いたします。

## &lt;申請者（相続人）と世帯主（被相続人）の関係の確認について&gt;

## 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： 神戸 花子

\*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。