

「医療費のお知らせ」再発行申請書

(宛先) 京都市長

被保険者 記号・番号	京																	申請年月日				年			月				日
申請者住所 (世帯主) 氏名電話 下記のとおり、「医療費のお知らせ」の再発行について申請します。																													
発行する期間																													
令和年 月受診分 ～ 令和年 月受診分																													

- ※・世帯主宛に交付いたします。
- ・特別な処理が必要となるため、通知が届くまで10日ほどかかる場合があります。
あらかじめご了承ください。
 - ・申請月から遡及して5年間分が再発行の対象となります。