

「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。