

医療費のお知らせ 交付申請書

中央建設国民健康保険組合理事長 殿

太枠内は必ずご記入ください			
加入時の被保険者記号番号		組合員として加入していた方の氏名	組合員の生年月日
90-	1 3 9 1	中建 和男	昭 平 1 10 7 年 月 日
記号番号が不明の場合は空欄のまま申請してください。			
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失していたため、交付されていない。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
申請日	令和 7 年 1 月 30 日 医療費のお知らせを交付申請します。		
申請人 (組合員または遺族)	中建 和男		中建

添付書類が必要な場合があります。必ず注意事項をご確認ください。
 必要な書類が添付されていない場合、医療費のお知らせを交付することができません。

《注意事項》

○添付書類が不要な場合

申請人が組合員として加入していた方で、現在の住所が中建国保をやめたときと同じ場合

○添付書類が必要な場合

1 申請人が組合員として加入していた方で、現在の住所が中建国保をやめたときと異なる場合
 送付先の住所を確認させていただくため、現在の住所がわかる公的な書類1点の提出が必要です。
 (例:運転免許証の写し(両面)、マイナンバーカードの写し(表面)、住民票(写し可)など)

2 申請人が組合員の遺族の場合

下記2点の提出が必要です。

①送付先の住所が確認できる公的な書類1点

(例:運転免許証の写し(両面)、マイナンバーカードの写し(表面)、住民票(写し可)など)

②遺族であることがわかる公的な書類1点

(例:戸籍謄本(写し可)など)

なお、申請人が組合員の死亡時に中建国保に加入していた場合は、②の書類は不要です。

本部受理 年 月 日		
課長	係長	取扱者
発送 年 月 日		

支部受理 年 月 日		
支部長	取扱者	出張所長