

中建国保の資格を喪失し

「医療費のお知らせ」の交付を希望される方へ

※令和 6 年 11 月診療分～令和 7 年 10 月診療分の医療費のお知らせの交付

を希望される方は、「交付申請書」を印刷（ダウンロード）して必要事項をご記入のうえ、所属していた支部・出張所に提出してください。なお、身分証明書の写し等、添付書類が必要な場合がありますので、交付申請書の注意事項を必ずご確認ください。

※上記期間の「交付申請書」の受付は**令和 8 年 6 月末**まで

です。それ以降は受け付けることができません。

早めの申請をお願いします。

発送は**令和 8 年 1 月末**以降に
順次おこないます。



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- | | | | | | | | | | | 昭 平 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 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 年 月 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) | | 印 | | | | | | | | | |

**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 |
| | | |

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 | ・ | 1 | 3 | 0 | 2 | 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 8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  | | | | | | | | | |

**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 |
| | | |