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			
加入時の被保険者証の記号番号		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	□資格喪失していたため、交付されていない。 □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