

様式 4

医療費のお知らせ交付申請書

目黒区長 宛て

年 月 日

申 請 者	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和・平成・令和
				年 月 日生
	住所	電話番号 — —		
	受診者との関係	※該当する番号に○をつけてください。 1 本人 2 世帯主 3 代理人（関係： ）		

下記のとおり、医療費に係る情報について交付申請します。

1	被保険者記号	1 0 —	番号	
2	世帯主氏名			
3	住所			
4	受診者氏名			
5	受診年月	年 月 ~	年 月	診療分
6	受診区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護 ・ 柔道整復		
7	医療機関等名称			
8	申請理由 ※該当する番号に○をつけてください。	1. 確定申告に使用するため。 2. 受診した医療機関及び医療費の確認のため。 3. その他（ ）		

※区処理欄

本人 確認書類	☐ 国民健康保険被保険者証 ☐ 運転免許証 ☐ 旅券（パスポート） ☐ マイナンバーカード ☐ 官公署の発行した免許証・許可証又は身分証明書で区長の定めたもの ☐ その他（ ）
代理人 確認書類	☐ 戸籍謄本（抄本） ☐ 住民票（抄本） ☐ 死亡診断書 ☐ その他（ ）

受付者	受付印

【目黒区HP】