再発行依頼書

<table>
<tr><td>被保険者等
記号番号※</td><td colspan="2">○○○－○○○</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="3">健保　太郎</td></tr>
<tr><td rowspan="2">被扶養者の場合
はその者の氏名等</td><td>氏　名</td><td colspan="2">健保　一郎</td><td>続柄</td><td>長男</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">昭和・(平成)・令和　○○年　○○月　○○日</td></tr>
<tr><td>再発行証明の種類</td><td colspan="6">高額療養費支給決定通知書等</td></tr>
<tr><td>再発行の理由
及び使用目的</td><td colspan="6">紛失及び心身障害医療費申請書作成の為等</td></tr>
<tr><td>書類の提出先</td><td colspan="6">市区町村（○○○市役所○○支援課等）</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="6">株式会社　○○○</td></tr>
<tr><td>書類書の送付先
（事業所以外に送付の場合）</td><td colspan="6">事業所　○○○　宛</td></tr>
<tr><td colspan="7">※記号番号がわからない場合のみ記入してください。
※被保険者マイナンバー記載欄　□□□□□□□□□□□□</td></tr>
</table>

上記の事由により再発行願います。

令和○○年○○月○○日

氏名　　健保　太郎

千葉県機械金属健康保険組合　御中