医療費のお知らせ

通知辞退
通知方法変更

等申出書

年 月 日

加古川市長 様

被保険者記号・番号							
住 所	〒						
申 出 者 氏 名							
電 話 番 号							
申 出 内 容 ☐ 辞退または変更 ☐ 解 除	☐ 通知辞退(不作成となるため、再交付等不可) ※医療費のお知らせの趣旨を十分に理解し、医療費の削減に努めます ※再度通知が必要となった場合には、改めて解除の申出を行います ☐ 通知方法変更(個別対応) ※希望対応方法()						
理 由							
※申出日時時点で対応可能な年月からの対応となります。							

<市記入欄>

対応	可 ・ 不可	確認者	
対応開始月			
備考	本人確認(運転免許証、マイナンバーカード、その他)		

受付印	
受付者	

【参考】(不作成の場合)

申出時期	対象(診療月)
4月・5月	同年7月通知分(1月・2月)
6月・7月	同年9月通知分(3月・4月)
8月・9月	同年11月通知分(5月・6月)
10月・11月	翌年1月通知分(7月・8月)
12月	翌年2月通知分(9月・10月)
1月・2月・3月	翌年5月通知分(11月・12月)