年　　月　　日

医療費通知書差止依頼書

次の理由で私の世帯の医療費通知書の差止をお願いいたします。

１　ドメスティックバイオレンス（DV）により、家族に転居先を知られたくないため

２　家族に（本人）に診療内容を知られたくないため

３　不要なため

４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

依頼者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

保険証番号

世帯主名

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

保険年金課処理欄

上記申請により医療費通知書を差止してよいでしょうか。

|  |  |
| --- | --- |
| 起案日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 決裁日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 参事 | 主幹 | 課長補佐 | 主査 | 担当 |
|  |  |  |  |  |