

収受印

医療費通知差止依頼書

(提出先)

平塚市長

太枠内を記入してください。

申請年月日	年 月 日
依頼者氏名	
住所	
電話番号	
被保険者番号	04-
世帯主名	
わたしの世帯の医療費通知を次の理由により、差止めをお願いします。	
記	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 家族（本人）に診療内容を知られたくないため	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

事務処理欄（こちらより下は記入しないでください）

受付	担当
----	----

収受印

医療費通知差止依頼書

(提出先)

平塚市長

太枠内を記入してください。

申請年月日	令和3年 10月 1日
依頼者氏名	平塚 花子 ← 申請する方の名前を記入してください。
住所	平塚市浅間町9番1号
電話番号	0463-23-1111
被保険者番号	04-1234567
世帯主名	平塚 太郎 ← 世帯主の名前を記入してください
<p>わたしの世帯の医療費通知を次の理由により、差止めをお願いします。</p> <p>該当部分にチェック等をお願いします。 記</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 家族（本人）に診療内容を知られたくないため</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> その他（ 必要がないため ）</p>	

申請方法

- ① 郵 送・・・〒254-8686 平塚市役所 保険年金課 資格給付担当 宛
 ※郵便番号と、宛名だけで市役所に届きます。
 お手元に届くまでに1週間程度かかります。ご了承ください。