

医療費通知書差止依頼書

私の世帯の医療費通知書の送付差止をお願いいたします。

1 医療費通知書差止依頼者

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

2 医療費通知書差止理由

(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) 家族に医療機関等の受診状況を知られたくないため

(3) 不要なため

(4) その他 (_____)

3 同意事項

医療費通知書に関する問い合わせ等が世帯主又は世帯の方から藤沢市へあった場合、藤沢市から同世帯の方へ伝えることに同意します。また、同世帯の方から、医療費通知書の発行希望の申し出があった場合、差止依頼者を除く、同世帯の医療費通知書を発行することに同意します。

署名欄

_____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____