

## 後期高齢者医療 医療費等明細書交付申請書

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様										
医療費等明細書の交付を下記のとおり申請します。										
申請日：令和 2 年 4 月 1 日										
被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1		
	氏 名	広 域 太 郎					生年 月日	大 正  昭 和	2 年 4 月 1 日	
	住 所 等	〒 880-0805 宮崎市橘通東1丁目7番4号 第一宮銀ビル3階  TEL(0985) 62 - 0921								
交付受診年月		令和 1 年 1 月診療分 ~令和 1 年12月診療分								
交付を必要とする理由		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 [ ]								
申 請 者	氏 名	広 域 太 郎 ⑩					被保険者との 続 柄	本人		
	住所等	〒 880-0805 宮崎市橘通東1丁目7番4号 第一宮銀ビル3階  TEL( 0985 ) 62 - 0921								

※発行できる診療月は5年度前の4月診療分から申請する日が属する年度の診療月となります。

※交付には、申請書が広域連合に届いてから約1週間ほど時間がかかります。御了承ください。

※医療費等明細書の交付は、被保険者の住所(申請が被保険者以外の場合はその住所)に送付します。

※被保険者の資格喪失等の特別な事情を除き、医療費通知発送時期における対象期間の交付申請はできません。

送付先変更の届け出をしている場合、届け出のある住所に送付します。

チェック欄(市町村及び広域連合)

申請者が被保険者本人又はその関係者であることを確認した。

確認に用いた書類    被保険者証    運転免許証    その他(    )

備考	
----	--

市町村受付印	広域連合受付印