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　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号											
	氏　名								生年月日	大 正 昭 和	年　　月　　日	
	住 所 等	〒 TEL(　　)　　－										
交付受診年月		年　　月診療分　～　　年　　月診療分										
交付を必要とする理由		□　紛 失　　□　破損・汚損 □　その他　[　　]										
申　請　者	氏　名	㊞							被保険者との続柄			
	住所等	〒 TEL(　　)　　－										

※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