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年前の診療月から申請する日が属する月の2カ月前までとなります。

※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（送付先変更の届出があれば登録の送付先）に送付します。
ただし、被保険者が亡くなっている場合には申請者の住所に送付します。

※第2回目の医療費通知を発送するまでの期間における交付申請は、9月診療分までとなります。

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