

記入例

後期高齢者医療 医療費等明細書交付申請書

赤字の箇所を記入してください。

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 5 年 〇 月 〇 日

被保険者	被保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	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 宮崎県宮崎市橘通東1丁目7番4号 第一宮銀ビル3階 TEL( 0982 ) 62 - 0921								
交付受診年月	令和4年 1月診療分 ~ 令和4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				被保険者との続柄	本人			
	住所等	〒880-0805 宮崎県宮崎市橘通東1丁目7番4号 第一宮銀ビル3階 TEL( 0982 ) 62 - 0921								

- ※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