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

赤字の箇所を記入してくださ

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　　〇 年　〇月　〇日

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0		
	氏　名	広　域　　太　郎								生年月日	大　正 昭　和 〇年　〇月　〇日
	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		令和〇年　〇月診療分　～　令和〇年　〇月診療分									
交付を必要とする理由		☑ 紛　失　　□ 破損・汚損 □ その他　［　］									
申請者	氏　名	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。

市町村・広域連合処理欄

□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。				
申請者確認方法	□被保険者証	□マイナンバーカード	□運転免許証	□委任状
	□登記事項証明書	□戸籍謄本	□その他（　　）	
交付方法	□窓口交付	交付日（令和　年　月　日）		
	□市町村から郵送	発送日（令和　年　月　日）		
	□広域連合から郵送	発送日（令和　年　月　日）		
送付先	□被保険者	□申請者	□送付先変更後の送付先	
備考				

受付者印	確認者印