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。

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