

※記入例

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 広域 太郎 生年月日 大正 昭和 年 月 日 |
| | 住所等 〒880-0805 宮崎市橘通東1丁目7番4号 第一宮銀ビル3階 TEL(0985) 62 -0921 |
| 交付受診年月 | 20〇〇 年 〇月診療分 ~ 20〇〇年 〇月診療分 |
| 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 〒 同上 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 | □資格確認書等 □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 |
| | |