「医療費のお知らせ」再発行申請書

年　　月　　日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様

（申請者）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者との続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり、「医療費のお知らせ」の再発行を申請します。

記

被保険者	被保険者番号								
	氏　　名	□　申請者と同じ場合は☑してください。							
	住　　所	〒 □　申請者と同じ場合は☑してください。							
	生 年 月 日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和							
対象診療年月		＿＿＿＿年＿＿月診療分　から＿＿＿＿年＿＿月診療分							

- - - -