

## 「医療費のお知らせ」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」の発行を申請します。

### 記

被 保 険 者	被保険者番号								
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。							
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。							
	生 年 月 日	明治 _____ 年 _____ 月 _____ 日 大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
対 象 診 療 年 月		_____年_____月診療分 から_____年_____月診療分							

### 《受付担当者用》

市町(支所)名 [ _____ ]	受付日 [ _____ . _____ . _____ ]	受付者名 [ _____ ]
申請者確認方法 (右記____番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ( _____ )	
交付方法 ※該当する□にチェックし日付を記入してください。	<input type="checkbox"/> 窓口交付・・・交付日 [ _____ . _____ . _____ ] <input type="checkbox"/> 市町から郵送・・・発送日 [ _____ . _____ . _____ ] <input type="checkbox"/> 広域連合から郵送・・・広域連合への連絡日 [ _____ . _____ . _____ ]	