「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	□ 本人　□ 相続人代表（　　） □ その他（　　）→委任状：□ あり　□ なし

下記のとおり、「医療費のお知らせ」の　□ 再発行　□ 発行　を申請します。

記

被保険者	被保険者番号	
	住　　所	□申請者と同じ　→違う場合は、記入してください。 〒
	氏　　名	□申請者と同じ　→違う場合は、記入してください。
	生年月日	明治　大正　昭和　年　月　日
対象診療年月		平成　令和　年　月診療分から　平成　令和　年　月診療分

市町・広域連合処理欄	市町（支所）名		受付者名		市町受付印
	申請者確認方法	□個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書　□委任状（添付） □申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 □入所施設等職員（写真入り職員証等） □成年後見人等を示す公正証書等 □住所・氏名・生年月日等の申告内容を住基等で確認 □その他（　　） **死亡者分の場合** □準確定申告のため			
	交付方法	再発行：□PDF発行	発行：□PDF発行 □システム登録日〔　.　.　〕		広域連合受付印
		□ 窓口交付 交付日〔　.　.　〕			
		□ 市町から郵送 発送日〔　.　.　〕　□本人宛て　□申請者宛て			
		□ 広域連合から郵送　広域連合への連絡日〔　.　.　〕 発送日〔　.　.　〕　□本人宛て　□申請者宛て			