

医療費明細の発行申請書 記載例

対象者被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6
対象者氏名	広城 太郎
対象者生年月日	昭和**年**月**日
診療月	(例) 平成31年1月から平成31年4月まで ※「医療費のお知らせ」の発行済の診療月(令和2年4月)までとなります。
本人確認書類	(例) 別紙「運転免許証の写し」
医療費明細の発行が必要な理由 及び 郵送交付希望の有無を記載してください。	
<p>○発行が必要な理由 (例) 紛失のため</p> <p>○郵送交付希望 (有) ・ 無)</p>	

【申請者住所】

〒***-****

宮城県仙台市青葉区上杉**-*-*-**

【申請者連絡先 (電話番号)】

*** (***) ****

【申請者氏名】

広城 太郎



【対象者との関係 (続柄)】

本人

○申請を受付けてから医療費明細がお手元に届くまで 1 週間ほど時間がかかる場合がありますので、ご了承ください。

○本人確認書類の提出について

(1) 対象者本人が申請する場合

- ・運転免許証、パスポート (旅券)、マイナンバーカード (顔写真がない通知カードは不可)、身体障害者手帳など顔写真が貼付されているものの写しを 1 部。
- ・上記書類をお持ちでない場合は、健康保険証、年金手帳、年金証書、介護被保険者証などの写しを 2 種類、各 1 部。

(2) 対象者本人が亡くなっている場合

申請者の上記本人確認書類のほかに、申請者と対象者との関係がわかる書類 (戸籍謄本等) の写しを併せて提出してください。

ただし、後期高齢者医療広域連合に受領申出人として届け出をしている方は、対象者との関係がわかる書類 (戸籍謄本等) の提出は不要です。

○郵送で申請・交付を希望される場合について

- ・医療費明細の発行申請書、返信用封筒 (宛て名記入、切手を貼ったもの)、本人確認書類の写しを同封し、宮城県後期高齢者医療広域連合給付課あて (〒980-0011 仙台市青葉区上杉一丁目 2 番 3 号) にお送りください。