医療費明細の発行申請書　記入例

【対象者情報】

被保険者番号	０１２３４５６７
氏名	広域　拓郎
生年月日	昭和＊＊年＊＊年＊＊日
必要な期間(診療月)	（例）令和２年１１月から令和３年４月まで

【申請者情報】

住所	〒***-**** 仙台市青葉区上杉＊＊－＊＊－＊＊
電話番号	＊＊＊（　＊＊＊＊　）＊＊＊＊
氏名※原則本人となります	広域　拓郎
対象者との関係(続柄)	本人
本人確認書類	☑運転免許証(運転経歴証明書)　☐身体障害者手帳 ☐マイナンバーカード（顔写真がない通知カードは不可） ☐健康保険証　☐介護被保険者証　☐パスポート ☐その他（　　）
発行が必要な理由	☑紛失　☐その他（　　）

【申請に必要なもの】

☐申請書　☐本人確認書類(郵送申請の場合は写し同封)　☐返信用封筒(要切手)

○申請者本人確認書類について

顔写真が貼付されているものは１点確認、貼付されていないものは２点確認となります。

○対象者本人が亡くなっている場合

申請者と対象者との関係がわかる書類（戸籍謄本の写し等）を併せて提出してください。なお、当広域連合に受領申出人として届け出ている方は、対象者との関係がわかる書類の提出は不要です。

○郵送で申請される場合について

・【申請に必要なもの】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。

○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りますので、ご了承ください。

担当者記入欄	本人確認者		受付日		システム 標準		発行日	