

医療費明細の発行申請書

【対象者情報】

被保険者番号	0						
氏名							
生年月日	大正・昭和	年	月	日			
必要な期間(診療月)	平成 令和	年	月	～	平成 令和	年	月

【申請者情報】 ※対象者がご存命の場合、申請者は本人のみとなります。

住所	〒
電話番号	()
氏名	
対象者との関係(続柄)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
本人確認書類 (顔写真付きのもの：1点 顔写真がないもの：2点)	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード (顔写真がない通知カードは不可) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
発行が必要な理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 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)

【留意事項】

- 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	
------------	-----------	--	-------------	--	----------------------------	--	-------------	--