

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 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 氏名 | 広域 拓郎 | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正 | 昭和 | **年 | **月 | **日 | | | |
| 必要な期間(診療月) | 平成 令和 | 5年 | 1月 | ～ | 平成 令和 | 5年 | 12月 | |

※過去の発行可能期間は以下のとおりです。
 【令和5年度】平成30年4月診療分以降 / 【令和6年度】平成31年4月診療分以降

【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 | 〒****-**** 仙台市青葉区上杉*-**-** |
| 電話番号 | *** (****) **** |
| 氏名 | 広域 拓郎 |
| 対象者との関係(続柄) | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 |
|------------|---------------|---------|--------------------|---------|