

後期高齢者医療 医療費のお知らせの発行申請書

※太枠内を御記入ください。

【対象者情報】

【申請日】 令和 年 月 日

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 (診療年月)	令和 年 月 ～ 令和 年 月						

《参考》

最大発行可能期間 (診療年月) ※申請日によって異なる	申請日		最大発行可能期間	
	①	令和8年1月23日以前	令和2年4月～令和6年12月	
	②	令和8年1月24日～ 令和8年3月20日まで	令和2年4月～令和7年10月	
	③	令和8年3月21日以降	令和2年4月～令和7年12月	

【申請者情報】 ※申請者は、本人又は相続人のみ

住 所	〒		
氏 名			
対象者との関係(続柄)	☐ 本人 ☐ 相続人 (続柄:)		
電 話 番 号	()		
発行が必要な理由	☐ 紛失 ☐ その他 ()		

【申請に必要なもの】

- ☐ 申請者の本人確認書類の写し

※官公署発行の顔写真付きのもの（マイナンバーカード、運転免許証等）は1点
官公署発行の顔写真がないもの（健康保険証、年金手帳等）は2点

- ☐ 返信用封筒（要切手）

- ☐ 申請者と対象者の関係がわかる書類の写し（戸籍の証明書等）
※相続人からの申請の場合のみ

【申請先】

- 【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。
- 申請を受け付けてから医療費のお知らせ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。