

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)	平成 令和		年		月	～	平成 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7年1月24日以前	平成31年4月～令和5年12月
②	令和7年1月25日～ 令和7年3月20日まで	平成31年4月～令和6年10月	
③	令和7年3月21日以降	平成31年4月～令和6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)	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 相続人(続柄:)
電話番号	()		
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。