

# 申 請 書

平成 年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
連絡先 \_\_\_\_\_  
被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

下記被保険者にかかる次の書類について申請いたします。

申請書類 医療費通知の写し又はそれに準じた内容のもの  
対象受診期間 (平成 年 月～平成 年 月)

申請理由 \_\_\_\_\_

送付先 \_\_\_\_\_

(被保険者の住所)

\_\_\_\_\_

(被保険者の氏名)

\_\_\_\_\_

(被保険者の生年月日)

\_\_\_\_\_ 年 月 日

被保険者証番号 ( )

《担当者用》

※申請者が被保険者と異なる場合はコピーを添付してください。

申請者確認欄	担当者名	担当者印
本人確認 (申請時) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※ 戸籍等のコピーの添付を省略する場合、必ず担当者が署名・押印してください

相続人に関する事項証明欄	担当者名	担当者印	担当課長印
上記、申請者が親族であることを戸籍等により確認しましたので、証明します。			