

# 後期高齢者医療 医療費通知（再）交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

申請者名 (窓口に来た方)	被保険者 との関係
申請者住所	
連絡先 (電話番号)	

下記被保険者にかかる医療費通知（又はそれに準じた内容のもの）の（再）交付を申請します。

フリガナ	被保険者 番号	0							
被保険者名									
被保険者住所									
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日					

## 【（再）交付する受診期間】

平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月

※交付は、発行年度より5年前の1月～発行月の3か月前診療分まで可能

※上記期間における分割交付希望の場合、下記に分割する期間を記入してください

No.	受診期間
1	平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
2	平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
3	平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
4	平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
5	平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月

- 【申請理由】 紛失のため き損のため  
医療費控除手続きに使用するため  
その他（ ）

≪市町村担当者用≫

申請者確認欄	担当者名	担当者印
申請者本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）		

郵送先確認：住民登録地 送付先変更地 被保険者死亡の場合は申請者

発行確認：広域連合から郵送 市町村窓口で交付

発行確認：標準システムから随時発行 年次データを印刷発行

※被保険者が死亡している場合は誓約書を添付