

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