

(様式1)

医療費通知書再交付申請書

令和 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ ()

被保険者との関係 ()

下記のとおり「医療費通知書」の再交付について申請します。

記

被保険者番号								交付の方法 <input checked="" type="checkbox"/> 記入	<input type="checkbox"/> 市町村窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送による交付 <input type="checkbox"/> 広域窓口交付
被 保 険 者	氏 名							性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日							
	住 所	〒							
再交付を希望する 医療費通知書	年 月診療分 ~ 年 月診療分 までの記載がある医療費通知書								
利用目的									

※通知ハガキと同様の内容のものをA4様式にて再交付します。

同 意 書
申請者が私の代理で「医療費通知書」の再交付に関する申請を行うことに同意します。
被保険者 氏名 _____ (印)

※申請者が被保険者本人では無い場合は同意書欄に記載してください。

＜受付担当者用＞

申請者確認欄	担当者印
本人確認(申請時) <input type="checkbox"/> 運転免許証 ・ <input type="checkbox"/> 資格確認書 ・ <input type="checkbox"/> その他()	

※申請者が被保険者本人でなく、かつ被保険者と住所が同一でない場合は、被保険者本人の資格確認書の写しを添付してください。または公的証明等(戸籍謄本等)により続柄を確認してください。