

(様式2)

後期高齢者医療給付支給(支払)額確認書交付申請書

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 ( ) \_\_\_\_\_

下記の被保険者に係る後期高齢者医療給付支給(支払)額確認書の交付を申請します。

記

被保険者番号		_____	交付の方法 <input checked="" type="checkbox"/> 記入	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送による交付
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	〒 _____		
保 険 給 付	種 別 <input checked="" type="checkbox"/> 記入	<input type="checkbox"/> 高額療養費 ・ <input type="checkbox"/> 療養費 ・ <input type="checkbox"/> その他( )		
	対象診療月	_____ 年 月 ~ _____ 年 月診療分		

同 意 書

申請者が私の代理で「後期高齢者医療給付支給(支払)額確認書」の交付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( )	