

「医療費のお知らせ」再発行申請書

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

下記のとおり、「医療費のお知らせ」の再発行について申請します。

被保険者番号								申請年月日		年	月	日	
亡くなられた方 氏名 (被保険者)													
生年月日 年 月 日													
申請者	住所 〒	—											
	氏名							電話					
(被保険者との続柄)													
使用目的													
再発行対象診療年月 (複数チェック可)													
<input type="checkbox"/> 平成 31 年 1 月診療分～令和元年 10 月診療分													
<input type="checkbox"/> 令和元年 11 月診療分～令和元年 12 月診療分													
<input type="checkbox"/> 令和 2 年 1 月診療分～令和 2 年 10 月診療分													
<input type="checkbox"/> 令和 2 年 11 月診療分～令和 2 年 12 月診療分													
<input type="checkbox"/> 令和 3 年 1 月診療分～令和 3 年 10 月診療分													
<input type="checkbox"/> 令和 3 年 11 月診療分～令和 3 年 12 月診療分													
<input type="checkbox"/> 令和 4 年 1 月診療分～令和 4 年 10 月診療分													
<input type="checkbox"/> 令和 4 年 11 月診療分～令和 4 年 12 月診療分													
<input type="checkbox"/> 令和 5 年 1 月診療分～令和 5 年 10 月診療分													

※ 申請の際は、以下の (1)～(3) を提出してください。

(1) 「医療費のお知らせ」再発行申請書

(2) 申請者本人を確認することができる書類 (次のいずれか。写し可。)

- ①医療保険の被保険者証 ②運転免許証 ③旅券 ④在留カード又は特別永住者証明書
⑤個人番号カード ⑥氏名及び住所の記載のある本人確認書類その他氏名及び住所の確認
できる書類

(3) 被保険者の遺族であることを確認することができる書類 (次のいずれか。写し可。)

- ①戸籍謄本又は抄本 (除籍を含む。) ②その他被保険者の遺族であることを証明する書類