

## 「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													
<input type="checkbox"/> 令和 5 年 11 月診療分～令和 5 年 12 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マイナンバーカード ③運転免許証 ④旅券 ⑤在留カード  
又は特別永住者証明書 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