

「医療費のお知らせ」発行・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												
発行対象診療年月 (複数チェック可)												
<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												
<input type="checkbox"/> 令和6年1月診療分～令和6年10月診療分												
<input type="checkbox"/> 令和6年11月診療分～令和6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」発行・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