

「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 〒 ー												
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)												
☐ 令和 2 年 1 月診療分～令和 2 年 10 月診療分												
☐ 令和 2 年 11 月診療分～令和 2 年 12 月診療分												
☐ 令和 3 年 1 月診療分～令和 3 年 10 月診療分												
☐ 令和 3 年 11 月診療分～令和 3 年 12 月診療分												
☐ 令和 4 年 1 月診療分～令和 4 年 10 月診療分												
☐ 令和 4 年 11 月診療分～令和 4 年 12 月診療分												
☐ 令和 5 年 1 月診療分～令和 5 年 10 月診療分												
☐ 令和 5 年 11 月診療分～令和 5 年 12 月診療分												
☐ 令和 6 年 1 月診療分～令和 6 年 10 月診療分												
☐ 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