

「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												
<input type="checkbox"/> 令和7年1月診療分～令和7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」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マイナンバーカード ②医療保険の資格確認書 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