「後期高齢者医療に係る医療費のお知らせ」交付（再交付）依頼書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 明　　　　　　　　　　　　大　　　　　年　　月　　日昭　　　　　　　　　　　　 | 電話番号 | （　　　　）― |
| 被保険者住所 | 〒　　　　－　　　　　　 |
| 交付（再交付）を希望する期間 | 年　　月診療分から　　　　年　　月診療分まで年　　月診療分から　　　　年　　月診療分まで |
| 利用目的（具体的に記入してください） |  |
| 上記の理由により、「後期高齢者医療に係る医療費のお知らせ」の交付（再交付）を依頼します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日福島県後期高齢者医療広域連合長　様 （依頼者）　□　被保険者（相続人）本人（本人の場合、左の□に✔を記入し、以下記載不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒　　　　－ |
|  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　－　　　　 |

　 |

【交付（再交付）依頼に係る注意】

１．被保険者の個人情報ですので、原則として被保険者の方本人、又は通知先として登録されている方あてに郵送いたします。

２．被保険者の方がお亡くなりになったため「申立・誓約書」を提出されている場合は、「申立・誓約書」により通知先として登録されている方あてに郵送いたします。

３．この書類を市町村窓口に提出いただいてから、医療費通知がお手元に届くまで、１～２週間ほどかかる場合があります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市町村処理欄 | 依頼者本人確認方法 | 確認者印 | 【市町村窓口の方へ】　依頼書を受理されましたら、依頼書の記載内容及び本人確認書類をご確認いただき、左の市町村処理欄に本人確認書類の種類を記入し、確認者印欄へ押印してください。本人確認書類のコピーの添付は不要です。 |
| □　運転免許証□　個人番号カード□　その他（　　　　　　） |  |