

「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 昭	年 月 日	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
利用目的 (具体的に記入してください)	年 月診療分から		
年 月診療分まで			
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) <input type="checkbox"/> 被保険者（相続人）本人 (本人の場合、左の口に✓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へ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	<p>【市町村窓口の方へ】</p> <p>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。</p> <p>本人確認書類のコピーの添付は不要です。</p>
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()		