（様式１）

後期高齢者医療　医療費通知再発行（交付）申請書

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　　あて

再発行（交付）について申請します。

被保険者（申請者）	被保険者番号	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日　生
	住所等	〒 電話番号　　－　　－
再発行（交付）を必要とする診療期間		年　　月診療分　～　　年　　月診療分
再発行（交付）を必要とする理由		□紛失　□盗難　□破損　□申告 □その他　〔　　〕

※被保険者以外の方が申請する場合は、次の欄にも記入してください。

被保険者以外	氏　名		生年月日	年　　月　　日生
	住所等	〒 電話番号　　－　　－		
	被保険者との続柄			

※郵送される医療費通知は被保険者本人住所（送付先登録をされた住所がある場合は登録された住所）に送付されます。

ただし、代理人及び遺族が申請する場合は、被保険者以外の欄に記載された住所に送付されます。

■添付書類（写し）

１．被保険者（本人）が申請する場合は、本人であることを証明するために必要な書類（運転免許証等）を提出してください。

２．代理人等が申請する場合は、１の書類のほか代理人であることを証明する書類を提出してください。

３．被保険者（本人）死亡により遺族が申請する場合は、１のほか被保険者との関係を証明する書類を提出してください。

受付処理欄

確認書類	□①申請者本人が確認できるもの □②法定代理人からの申請の場合、①と戸籍謄本（抄本）、家庭裁判所の証明書等代理関係を証明するもの。 □③任意代理人からの申請の場合、①と被保険者の委任状 □④被保険者（本人）死亡で遺族から申請の場合、①と戸籍（除籍）謄本等被保険者（本人）との関係を証明するもの。
備考	