

後期高齢者医療 医療費通知再発行（交付）申請書

（受付先）お住まいの市区町村

福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長	
次のとおり申請します。	
平成 年 月 日	
被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者番号
	氏 名
	生 年 月 日 性 別
住所等	明・大・昭 年 月 日 男 ・ 女 (電話番号 - -)
再発行（交付）を必要とする診療期間	平成 年 月診療分～平成 年 月診療分
再発行（交付）を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 申告 <input type="checkbox"/> その他（ ）
申請が被保険者以外の場合	氏 名 被保険者との続柄 住所等 (電話番号 - -)

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください。
 ※再発行できる診療月は平成29年1月診療分以降で医療費通知を発行済の診療月となります。
 ※申請から郵送される医療費通知がお手元に届くまで2週間～3間ほどお時間がかかる場合があります。ご了承ください。
 ※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。

市区町村処理欄

医療費通知 発行（交付）状況	<input type="checkbox"/> 郵 送						
備 考							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">受付年月日</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">受 付</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">受付責任者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">. .</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	受付年月日	受 付	受付責任者	. .		
受付年月日	受 付	受付責任者					
. .							