後期高齢者医療　医療費通知再発行（交付）申請書

（あて先）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	明・大・昭　　年　　月　　日
			性別	男　・　女
	住所等	（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	□　紛　失　　□　盗　難　　□　破　損 □　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週間ほどお時間がかかる場合あります。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	□　郵　送		
備　考			
受付年月日	受　付	受付責任者	
・　・			