

# 後期高齢者医療 医療費通知 再発行（交付）申請書

市・町・村長様  
福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長様

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者 番号						
	氏 名				生年 月日	明・大・昭 年 月 日	
	住 所	(電話番号 — — )					
発行を希望する 診療期間		平成・令和 年 月診療分 ～ 平成・令和 年 月診療分 ※発行の対象は文書の保存年限（5年間）内、医療費通知を <b>発行済の診療月</b> に限ります。 ※広域連合に医療機関の請求が届いていない場合は、窓口で自己負担分を支払い済みでも、 通知には載りません。記載できる情報が0件の場合、医療費通知は発行されません。					
医療費通知が お手元に無い 理由		<input type="checkbox"/> 紛失・破損 <input type="checkbox"/> 発行前に被保険者ご本人が亡くなられたため <input type="checkbox"/> その他 [ ] <b>【紛失された方へ】</b> <b>今後届く通知は大切に保管していただきますよう、お願いいたします。</b>					
被保険者 <b>以外</b> が 申請する場合  (ご本人が申請する 場合は記入不要)		氏 名 ..... 被保険者との続柄 ..... 住 所 ..... ..... (電話番号 — — ) .....					

**【ご確認ください】**

- ※ 原則として被保険者**ご本人に送付します**。ただし過去に送付先変更の手続きをされた場合は、登録された宛名・ご住所に送付します。
- ※ 年3回お送りしている圧着ハガキではなく、同様の内容を印刷した通知書（公印なし）が封筒で届きます。
- ※ 特別な処理が必要なため、通知が届くまで3週間ほどかかる場合があります。あらかじめご了承ください。
- ※ 再々発行など、再発行後の複数回の作成はご対応できません。

市区町村処理欄

本人確認	受付日	担当者	入力日	担当者
<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 郵送提出 <input type="checkbox"/> 他 ( )	令和 年 月 日		令和 年 月 日	
備 考				
発 行 確 認	令和 年 月 日 処理結果確認済み			