

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に限ります。 (今後、文書の保管期限等にあわせて予告なく変更する場合があります。) ※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 [] 【紛失された方へ】 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。					
被保険者以外が 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			