

長崎県後期高齢者医療広域連合医療費等明細書交付要領の一部を改正する要領をここに告示する。

令和3年3月24日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 田上 富久



長崎県後期高齢者医療広域連合告示第5号

長崎県後期高齢者医療広域連合医療費等明細書交付要領の一部を改正する要領

長崎県後期高齢者医療広域連合医療費等明細書交付要領（令和2年長崎県後期高齢者医療広域連合告示第3号）の一部を次のように改正する。

第5条第2項中「交付申請書に押印した印の」を削る。

第6条第1号イ中「交付申請書に押印した印の」を削り、同条第3号中「のほか、交付申請書に押印された委任者の印の印鑑登録証明書」を削り、様式第1号を次のように改める。

## 医療費等明細書交付申請書

被保険者番号		年 月 日 明治 大正 昭和
被保険者氏名		
住 所		

診療期間	年 月 診療分 ~ 年 月 診療分
申請理由	<input type="checkbox"/> 確定申告のため <input type="checkbox"/> 医療費等の金額の確認のため <input type="checkbox"/> その他 ( )
交付の実施方法	<input type="checkbox"/> 窓口での交付 <input type="checkbox"/> 郵送による交付(切手を貼った返信用封筒が必要です)

※ 該当する□に✓を入れてください。

## 長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

- 上記のとおり、医療費等明細書の交付申請を行います。
- 私(遺族)が上記被保険者の医療費等明細書の交付申請を行います。他の遺族から異議申し立てがあった場合は、私の責任において、遺族間で解決することを誓約します。

年 月 日

郵便番号

住 所

申請者

氏 名

続柄

電話番号

## &lt;委任状&gt;

私(遺族)は、下記の者を代理人と定め、医療費等明細書の交付申請及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日

郵便番号

委任者  
氏 名

住 所

代理人

氏 名

続柄

電話番号

## 附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。