医療費等明細書交付申請書

被保険者番号被保険者氏名			生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日		
住 所									
診療期間	4	手 月	診療分 ~		年	月記	冷療分		
申請理由	□ 確定申告のため □ 医療費等の金額の確認のため □ その他()								
交付の実施方法 □ 窓口での交付 □ 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									
1. 上記のとおり、医療費等明細書の交付申請を行います。									
2. 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が、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									
申請者	郵便番号								
	住 所								
	氏 名			続柄					
	電話番号								
《委任状》									
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。									
代理人	年 月	日							
	郵便番号		委任者 氏 名						
	住所								
	氏 名			続柄					
	電話番号						_		

医療費等明細書交付申請書

被保険者番号		01234567	明治					
被保険者氏名	広域 太郎		「いつの分が必要か」、「どういう理由で必 要か」及び「どのようにして受け取るか」に					
住 所	長崎	市栄町4番9号	ついて、ご記入ください。					
診療期間	令和2 年 1 月診療分 ~ 令和2 年 12 月診療分							
申請理由	✓ 確定申告のため □ 医療費等の金額の確認のため □ その他 ()							
で付の実施方法 □ 窓口での交付 愛付の実施方法 ■ 窓口での交付 郵送による交付(切手を貼った返信用封筒が必要です)								
※ 該当する口(ことを入れ	てください。						
長崎県後期高齢者医療広域連合長様								
 1.上記のとおり、医療費等明細書の交付申請を行います。								
2. 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が、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。								
令和3年 4月 1日 被保険者の方の氏名等をご記入く								
申請者	郵便番号 850-0875		ださい。なお、被保険者の方が亡くなっている場合は、遺族の方の					
	住 所	長崎市栄町4番祭	氏名等をご記入ください。					
	氏 名	広域 太郎	続柄 本人					
	電話番号 095-816-3930							
《委任状》			遺族以外の方が申請する場合は、委任					
)は、下記の者を代理人と定め、医療・ 状欄の記入が必要です(この場合も、 を委任します。 上記の申請者欄に遺族の方の氏名等							
令和3年 4月 1日 の記入が必要です)。								
代理人	郵便番号	850-0875	委任者 氏 名 広域 花子					
	住 所	長崎市栄町4番9	9号					
	氏 名	広域 一郎						
	電話番号	095-816-3930						