

様式第1号（第4条関係）

## 医療費通知交付申請書

年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
被保険者との関係（ ）

※申請できるのは被保険者本人、法定代理人、遺族等となっております。

下記のとおり「医療費通知」の交付を申請します。

被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和	年	
被保険者氏名			月	日	
住所					
対象年月日		年	月分から	年	月分まで
申請理由	紛失 ・ 破損 ・ その他（ ）				
(委任状)					
私は下記の者を代理人と認め医療費通知の受領に関する権限を委任します。					
年 月 日					
代理人	住所	_____			
	氏名	申請者との続柄 _____			
	電話番号	_____			

※市町村窓口での交付は申請日の翌日以降となります。

※郵送での交付を希望する場合は返信用封筒と切手を添付して下さい。

### ※市町村記入欄

申請者の確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 写真入り身分証明書	
	<input type="checkbox"/> 遺族等であることの証明	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
代理人の確認	<input type="checkbox"/> 写真入り身分証明書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
市町村受付者	_____		
システムへの入力	年	月	日
引き渡し年月日	年	月	日