

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、任意代理人、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		被保険者	明治・大正・昭和	年
被保険者氏名		生年月日	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（任意代理人が申請する際は被保険者が記入） 私は上記申請者を代理人と認め医療費通知の交付に関する権限を委任します。 年 月 日 委任者 住所 氏名 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。

※任意代理人が申請する場合は委任者本人に対してのみ発行される書類（運転免許証、個人番号カード等）を提示もしくは提出して下さい。

※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"/> 代理人であることの証明
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
受付者	_____	
システムへの入力	年	月 日
引き渡し年月日	年	月 日