医療費明細の発行申請書

**【対象者情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ０ |  | |  |  | |  | |  | |  |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 必要な期間(診療月) | 平成  令和 | | 年　　　月 | | | ～ | | 平成  令和 | | 年　　　月 | | |

**【申請者情報】**　※対象者がご存命の場合、**申請者は本人のみ**となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 対象者との関係(続柄) | □本人　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 本人確認書類  顔写真付きのもの：１点  顔写真がないもの：２点 | □運転免許証(運転経歴証明書)　□身体障害者手帳  □マイナンバーカード（顔写真がない通知カードは不可）  □健康保険証　□介護被保険者証　□パスポート  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 発行が必要な理由 | □紛失　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

**【申請に必要なもの】**

□申請書　□本人確認書類(郵送申請の場合は写し同封)　□返信用封筒(要切手)

**【留意事項】**

〇　対象者本人が亡くなっている場合

申請者と対象者との関係がわかる書類（戸籍謄本の写し等）を併せて提出してください。なお、当広域連合に受領申出人として届け出ている方は、対象者との関係がわかる書類の提出は不要です。

○　郵送で申請される場合について

【申請に必要なもの】を同封し、宮城県後期高齢者医療広域連合給付課あて

（〒980-0011　仙台市青葉区上杉一丁目２番３号）にお送りください。

○　申請を受付けてから医療費明細がお手元に届くまで1週間ほど時間がかかりますので、ご了承ください。

