

医療費等明細書交付申請書

記入例

被保険者番号	01234567	明治	10年1月1日
被保険者氏名	広域 太郎	「いつの分が必要か」、「どういう理由が必要か」及び「どのようにして受け取るか」について、ご記入ください。	
住所	長崎市栄町4番9号		
診療期間	平成31年1月診療分	～	令和元年12月診療分
申請理由	<input checked="" 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 checked="" 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、ご返答をさせていただきます。

令和2年 2月 3日

郵便番号 850-0875

住所 長崎市栄町4番9号

申請者

氏名 広域 太郎

印

続柄 本人

電話番号 095-816-3930

被保険者の方の氏名等をご記入の上、押印をお願いします。なお、被保険者の方が亡くなっている場合は、遺族の方の氏名等をご記入の上、押印をお願いします。

《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する権限を委任します。

令和2年 2月 4日

郵便番号 850-0875

委任者
氏名

広域 花子

印

住所 長崎市栄町4番9号

代理人

氏名 広域 一郎

印

続柄 子

電話番号 095-816-3930

遺族以外の方が申請する場合は、委任状欄の記入及び押印が必要です（この場合も、上記の申請者欄に遺族の方の氏名等の記入及び押印が必要です）。