後期高齢者医療費通知書に関する届出書

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者 番 号	0							
	氏 名								
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・西暦		年	月	日			
	住 所								

該当するものに☑をしてください。

申 請 内 容	☐ 医療費通知書の再交付又は交付（◆参照のこと） （ _____年_____月診療分 ～ _____年_____月診療分） ※すでに交付している診療月分までに必要な診療月をご記入ください。	
	☐ 医療費通知書の受取辞退	
	☐ 医療費通知書の受取辞退取消	

山口県後期高齢者医療広域連合長 様
上記の事項について、届け出ます。

令和_____年_____月_____日

届出人 被保険者と同じ
住所

氏名 電話番号
(_____) - _____

該当するものに☑をしてください。

本人 同一世帯員（続柄： _____） 相続人（続柄： _____）
代理人→委任状が必要です（裏面） その他（ _____）

◆即日交付の場合は本人確認書類が必要です。また郵送の場合は原則、本人宛に送付します。

即日交付ができる人

本人・同一世帯員・相続人（要続柄確認書類）

代理人（委任状あり）・成年後見人（要登記事項証明書）

【市町記入欄】

担当者名	届出人の本人確認	市町日付印	広域日付印
	(被保険者証・免許証・マイナンバー・その他 _____) 被保険者と届出人の続柄確認 (住民基本台帳・戸籍謄(抄)本・その他 _____) 交付区分 即日交付・郵送（広域連合データ送付 未 ・ 済 / ）		

委任状

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

委任事項： 医療費通知書の再交付に関すること

令和 年 月 日

委任者住所	
委任者氏名	
委任者生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
委任者電話番号	