

医療費通知再発行等申請書

年 月 日

(宛て先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ								被保険者 との関係	
	氏名									
	住所	〒 ー								
	電話番号	()								
被保険者	被保険者 番号									
	フリガナ							生年月日	年 月 日	
	氏名									
	住所	〒 ー								
再交付等を希望する 対象月										
交付方法		<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付								
備考										

<給付管理課確認欄>※この欄には記入しないでください。

添付書類	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 被保険者との関係がわかる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	