

医療費通知再発行等申請書

令和5年 4月 3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	コウイキ イチロウ							被保険者 との関係	子	
	氏 名	広域 一郎									
	住所	〒263-0016 千葉県稲毛区天台6丁目4番3号 国保会館内									
	電話番号	043 - 216 - 5013									
被保険者	被保険者 番号	1	2	3	4	5	6	7	8		
	フリガナ	コウイキ タロウ							生年月日	昭和8年 1月 1日	
	氏名	広域 太郎									
	住所	〒263-0016 千葉県稲毛区天台6丁目4番3号 国保会館内									
再交付等を希望する 対象月		令和4年1月診療分～令和4年12月診療分									
交付方法		☒ 郵送 ☐ 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	☐ 本人確認書類 ☐ 被保険者との関係がわかる書類 ☐ その他（ ）
備考	