

後期高齢者医療費通知書に関する届出書

被保険者 番号		氏名	
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女

※該当の枠にチェックをしてください。

医療費通知書の再発行
 (平成_____年_____月診療分 ~ 平成_____年_____月診療分)

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。

平成 年 月 日

届出人 住所

氏 名

電話番号

本人でない場合、続柄を記入
 ⑩ ()

○再発行については、原則として、本人宛にのみ送付いたします。

○本人と届出人が異なる場合は、下記のとおり、必要書類を添付してください。

1) 市町の窓口に提出される場合

<市町職員 記入欄> 本人と届出人の関係確認資料 (該当に○をすること) ※「2」の場合、必要書類を添えて 広域連合に送付すること	1 市町にて(住民基本台帳・住民票)で確認 2 戸籍抄本・謄本等の写し 3 その他 ()	市町職員 担当者名
---	--	--------------

2) 市町を介さずに広域連合に直接郵送される場合

- ・届出人の身分証明書(運転免許証・現在の被保険者証・住民票などのいずれか)の写しを1部
- ・本人と届出人の関係が分かるもの(戸籍謄本など)の写しを1部

○本人が死亡しており、届出人が高額療養費等の相続書を提出された方と同じ方の場合は、添付書類は必要ありません。