

# 後期高齢者医療制度 医療費通知交付申請書

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

〒 □□□□ - □□□□

住所

氏名

申請者

被保険者との続柄 (本人・相続人・成年後見人)

電話 ( )

次のとおり、医療費通知の発行を申請します。

保険者番号	3	9	1	4				
被保険者番号								
被保険者氏名								
受診年月	年		月		～	年		月
医療機関名								
添付書類	1 後期高齢者医療被保険者証 (写し) 2 運転免許証 (写し) 3 その他 ( )							
備考								広域連合受付印

(注意) 被保険者御本人以外の申請者の方は、本人確認書類と併せて被保険者との関係を証明する書類を添付してください。