### 後期高齢者医療制度 医療費通知再交付申請書

令和 年 月 日

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様 関市市民環境部保険年金課長 様

令和 年度医療費通知の再交付を申請します。 被保険者番号:

|      | 住所   | ₹ |   |   |   |   |      |   |     |            |
|------|------|---|---|---|---|---|------|---|-----|------------|
| 申請者  | 氏名   |   |   |   |   |   |      |   |     |            |
|      | 電話番号 |   |   |   |   |   | 被保険る |   |     |            |
| 被保険者 | 住所   | 〒 |   |   |   |   |      |   | 申請者 | と同じ        |
|      | 氏名   |   |   |   |   |   |      |   | 申請者 | かと同じ しょうしん |
|      | 生年月日 | М | • | Т | • | S | 年    | 月 |     | 日          |

### 【市処理欄】

申請者身分確認:免許証・その他(

□ 同一世帯確認

受付者:( )

#### 後期高齢者医療制度 医療費通知再交付申請書

令和 年 月 日

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様 関市市民環境部保険年金課長 様

令和 年度医療費通知の再交付を申請します。 被保険者番号:

|      | 住所   | Ŧ |   |   |   |   |      |   |     |     |
|------|------|---|---|---|---|---|------|---|-----|-----|
| 申請者  | 氏名   |   |   |   |   |   |      |   |     |     |
|      | 電話番号 |   |   |   |   |   | 被保険さ |   |     |     |
| 被保険者 | 住所   | T |   |   |   |   |      |   | 申請者 | と同じ |
|      | 氏名   |   |   |   |   |   |      |   | 申請者 | と同じ |
|      | 生年月日 | М | ٠ | Т | • | S | 年    | 月 |     | 日   |

#### 【市処理欄】

| 申請者身分確認 | : | 免許証。 | • | その他 | ( ) |  |
|---------|---|------|---|-----|-----|--|
|         |   |      |   |     |     |  |

□ 同一世帯確認

受付者:( )

# 委任状

| 岐阜県後 | 期高的      | 岭者医療広域連合長      | 様                    |
|------|----------|----------------|----------------------|
| 関市市民 | 環境部      | 羽保険年金課長 様      |                      |
|      |          |                |                      |
| 代    | 理人       | 住所             |                      |
|      |          |                |                      |
|      |          | 氏名             |                      |
|      |          | - С П          |                      |
| 私は、  | 上記の      | 者を代理人と定め       | 、医療費通知の再交付申請及び受領の権限を |
| 委任しま | す。       |                |                      |
|      |          |                |                      |
| 令和   | 年        | 月 日            |                      |
| 丢    | 任者       | 住所             |                      |
| 女    | , IT. II | <u> -1-1/ </u> |                      |
|      |          |                |                      |

氏名

# 委任状

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様 関市市民環境部保険年金課長 様

|    | 代理人           | 住所     |                         |
|----|---------------|--------|-------------------------|
|    |               |        |                         |
|    |               |        |                         |
|    |               | 氏名     | -                       |
|    | は、上記の<br>します。 | 者を代理人と | : 定め、医療費通知の再交付申請及び受領の権限 |
| 令和 | 年             | 月      | 日                       |
|    | 委任者           | 住所     |                         |
|    |               |        |                         |
|    |               | 氏名     |                         |