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：

申請者	住所	〒		
	氏名			
	電話番号		被保険者との続柄	
被保険者	住所	〒 □　申請者と同じ		
	氏名	□　申請者と同じ		
	生年月日	Ｍ・Ｔ・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：

申請者	住所	〒		
	氏名			
	電話番号		被保険者との続柄	
被保険者	住所	〒 □　申請者と同じ		
	氏名	□　申請者と同じ		
	生年月日	Ｍ・Ｔ・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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

委任者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

委任者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿