

医療費明細の（再）発行申請書

対象者被保険者番号	
対象者氏名	
対象者生年月日	
診療月	
添付資料	
(再)発行が必要な理由	

申請者住所

申請者連絡先（電話番号）

（ ）

申請者氏名

対象者との関係（続柄）

印

※対象者本人が亡くなっている場合は後期高齢者医療広域連合に受領申出人として届出があった方。

受領申出人ではない場合は被保険者との関係がわかる書類（戸籍謄本等）の写しを添付してください。

※身分証明書について

運転免許証、パスポート（旅券）、マイナンバーカード（個人番号カード）の写し、又は写真付きの住民基本台帳カードの写しなど。

上記書類をお持ちでない場合は、「健康保険証と年金手帳」など本人確認書類の写しを複数点添付してください。

※郵送による交付を希望される場合について

医療費明細書の交付を郵送にて希望される場合は、「医療費明細の（再）発行申請書」提出時に返信用封筒・切手を合せて提出してください。