

様式第1号（第4条関係）

医療費通知交付申請書

年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____
被保険者との関係 ()

※申請できるのは被保険者本人、法定代理人、任意代理人、遺族等となっております。

下記のとおり「医療費通知」の交付を申請します。

被保険者番号		被保険者 生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
被保険者氏名				
住所				
対象年月日	年	月分から	年	月分まで
申請理由	紛失・破損・その他()			
委任状（任意代理人が申請する際は被保険者が記入） 私は上記申請者を代理人と認め医療費通知の交付に関する権限を委任します。 年 月 日				
委任者 住所				
氏名	電話番号			

※市町村窓口での交付は申請日の翌日以降となります。

※任意代理人が申請する場合は委任者本人に対してのみ発行される書類（運転免許証、

個人番号カード等）を提示もしくは提出して下さい。

※郵送での交付を希望する場合は返信用封筒と切手を添付して下さい。

※市町村記入欄

申請者の確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 写真入り身分証明書	
	<input type="checkbox"/> 遺族等であることの証明	<input type="checkbox"/> 代理人であることの証明	
	<input type="checkbox"/> その他()		
受付者			
システムへの入力	年	月	日
引き渡し年月日	年	月	日

医療費通知交付申請書

本人の場合

令和〇年〇月〇日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長様

申請者	住所	うるま市石川石崎1丁目1番
氏名	後期	太郎
電話番号 098-963-8013		

被保険者との関係（本人）

※申請できるのは被保険者本人、法定代理人、任意代理人、遺族等となっております。

下記のとおり「医療費通知」の交付を申請します。

被保険者番号	01234567	被保険者	明治・大正 昭和〇年
被保険者氏名	同上	生年月日	〇月〇日
住所	同上		
対象年月日	令和〇年〇月分から 令和〇年〇月分まで		
申請理由	紛失・破損・その他（確定申告用）		
委任状（任意代理人が申請する際は被保険者が記入）			
私は上記申請者を代理人と認め医療費通知の交付に関する権限を委任します。			
年 月 日			
委任者	住所		
氏名	電話番号		

※市町村窓口での交付は申請日の翌日以降となります。

※任意代理人が申請する場合は委任者本人に対してのみ発行される書類（運転免許証、

個人番号カード等）を提示もしくは提出して下さい。

※郵送での交付を希望する場合は返信用封筒と切手を添付して下さい。

※市町村記入欄

申請者の確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 写真入り身分証明書
	<input type="checkbox"/> 遺族等であることの証明	<input type="checkbox"/> 代理人であることの証明
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
受付者		
システムへの入力	年 月 日	
引き渡し年月日	年 月 日	

●添付書類

本人の身分証の写し（被保険者証、マイナンバーカード、資格確認書、運転免許証など）

※窓口来庁の場合は、原本持参

医療費通知交付申請書

成年後見人、
遺族等の場合

令和〇年〇月〇日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長様

請求する方（本人の成年後見人、遺族等）のお名前等を記入してください。

申請者

住所 うるま市石川石崎X丁目X番
氏名 後期 次郎
電話番号 098-963-8013

医療費通知に記載する方（被保険者）の情報を記入してください。

被保険者との関係（長男）

（被保険者本人、法定代理人、任意代理人、遺族等となっております。）

の交付を申請します。

被保険者番号	01234567	被保険者	明治・大正・昭和〇年
被保険者氏名	後期 太郎	生年月日	〇月〇日
住所	うるま市石川石崎 1 丁目1番		
対象年月日	令和〇 年 〇 月分から 令和〇 年 〇 月分まで		
申請理由	紛失・破損・その他（確定申告用）		
委任状（任意代理人が申請する際は被保険者が記入） 私は上記申請者を代理人と認め医療費通知の交付に関する権限を委任します。			
年 月 日			
委任者	住所		
	氏名	電話番号	

※市町村窓口での交付は申請日の翌日以降となります。

※任意代理人が申請する場合は委任者本人に対してのみ発行される書類（運転免許証、

個人番号カード等）を提示もしくは提出して下さい。

※郵送での交付を希望する場合は返信用封筒と切手を添付して下さい。

※市町村記入欄

申請者の確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 写真入り身分証明書 <input type="checkbox"/> 遺族等であることの証明 <input type="checkbox"/> 代理人であることの証明 <input type="checkbox"/> その他（ ）
受付者	システムへの入力 年 月 日
	引き渡し年月日 年 月 日

●添付書類

- 申請者（成年後見人、遺族等）の身分証の写し（被保険者証、マイナンバーカード、資格確認書、運転免許証など）

※窓口来庁の場合は、原本持参

- 本人（被保険者）との関係がわかる公的機関の発行した書類

例：成年後見人→登記事項証明書、遺族等→戸籍謄本または改正原戸籍謄本等

医療費通知交付申請書

任意代理人の場合

令和〇年〇月〇日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長様

申請する方（任意代理人）
のお名前等を記入してください。

申請者

住所 うるま市石川石崎X丁目X番
氏名 後期 花子
電話番号 098-963-0000

医療費通知に記載する方（被
保険者）の情報を記入してく
ださい。

被保険者との関係（妻）

被保険者本人、法定代理人、任意代理人、遺族等となっております。

の交付を申請します。

被保険者番号	01234567	被保険者	明治・大正・昭和〇年
被保険者氏名	後期 太郎	生年月日	〇月〇日
住所	うるま市石川石崎1丁目1番		
対象年月日	令和〇年〇月分から 令和〇年〇月分まで		
申請理由	紛失・破損・その他（確定申告用）		
委任状（任意代理人が申請する際は被保険者が記入）			
私は上記申請者を代理人と認め医療費通知の交付に関する権限を委任します。			
令和〇年〇月〇日		被保険者がご記入くだ さい	
委任者 住所	うるま市石川石崎1丁目1番		
氏名	後期 太郎	電話番号	098-963-8013

※市町村窓口での交付は申請日の翌日以降となります。

※任意代理人が申請する場合は委任者本人に対してのみ発行される書類（運転免許証、

個人番号カード等）を提示もしくは提出して下さい。

※郵送での交付を希望する場合は返信用封筒と切手を添付して下さい。

※市町村記入欄

申請者の確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 写真入り身分証明書
	<input type="checkbox"/> 遺族等であることの証明 <input type="checkbox"/> 代理人であることの証明
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
受付者	
システムへの入力	年 月 日
引き渡し年月日	年 月 日

●添付書類

・申請者（任意代理人）の身分証の写し（被保険者証、マイナンバーカード、資格確認書、
運転免許証など）

※窓口来庁の場合は、原本持参

・委任者本人（被保険者）に対してのみ発行される書類の写し

例：運転免許証、マイナンバーカード等