**「医療費のお知らせ」再発行申請書**

令和　　年　　月　　日

岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　　〒　　　－

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　被保険者からみた続柄　（　　　　　）

電話番号　　　　－　　　　－

次のとおり「医療費のお知らせ」の再発行を申請します。

○　必要な被保険者

　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日：大正・昭和　　年　　月　　日）

　　住　所

　　被保険者番号

○　必要な「医療費のお知らせ」（□にレ点を記入して下さい）

□　令和元年９月　～　　令和２年８月分

□　平成３０年９月　～　令和元年８月分

□　平成２９年８月　～　平成３０年８月分

□　平成２８年８月　～　平成２９年７月分

　　□　その他　　　　年　　月～　　　　年　　月分

○　使用目的

※　「医療費のお知らせ」は、**被保険者の住所地（送付先を設定している場合は送付先）に送付します。**

なお、被保険者からの委任状を添付して申請した場合は、委任された方の住所地に送付します。

「医療費のお知らせ」が必要な被保険者が死亡している場合は、代表相続人の方に送付します。