後期高齢者医療「医療費のお知らせ」　　発行・再発行　依頼書

滋賀県後期高齢者医療広域連合長　　宛

下記のとおり、「医療費のお知らせ」の発行・再発行を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 依頼日 | 　 　　年 　　月 　　日 |
| 被　保　険　者 | 住　所 | 電話番号（　　　　　）　　　　　　－ |
| 氏　名 |  |
| 対象診療年月 | 　　　　　年　　　　月診療分　から　　　　年　　　　月診療分　まで※　再発行できるのは、過去５年までとなります。 |
| 申請理由 | 　**いずれかにチェックを入れてください。*** 医療費控除の申告のため
* その他
 |
| 記　入　者 | * 被保険者本人（この場合は、下欄以降の記入不要）
 |
| 住　所 | 電話番号（　　　　　）　　　　　　－ |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　（被保険者との続柄　　　　　　　　　　　　　　　） |

○お問い合わせ先（提出先）

〒５２０－３０８８

栗東市安養寺一丁目１３番３３号

栗東市役所　保険年金課　高齢者医療係

TEL　０７７－５５１－０３６１

FAX　０７７－５５３－０２５０