

医療費通知発行申請書

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 宛

以下のとおり医療費通知の発行を申請します。

対象者 _____ 年 月 日

氏名	
生年月日	
被保険者番号	
該当診療年月	年 月 ~ 年 月
亡くなられた日	年 月 日

申請者

氏名	
住所	〒
対象者との続柄	
電話番号	

※相続関係の分かる書類（戸籍謄本等の写しなど）を添付してください。

問い合わせ・提出先

〒799-2430 愛媛県松山市北条辻6番地
愛媛県後期高齢者医療広域連合 事業課保健事業係
電話：089-911-7739
Fax：089-911-7735
Mail：hokenjigyo@ehime-kouiki.jp