**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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

対象者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 対象者との続柄 |  |
| 電話番号 |  |

申請者

※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