

兵庫県後期高齢者医療広域連合「医療費のお知らせ」再発行依頼書

兵庫県後期高齢者医療広域連合 宛

下記のとおり、「医療費のお知らせ」の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		<p>チェックを入れてください（複数可です）。</p> <input type="checkbox"/> 平成29年12月診療分 から 平成30年 5月診療分まで <input type="checkbox"/> 平成30年 6月診療分 から 平成30年11月診療分まで <input type="checkbox"/> 平成30年12月診療分 から 令和 元年 5月診療分まで <input type="checkbox"/> 令和 元年 6月診療分 から 令和 元年10月診療分まで											
申 請 理 由		<p>いずれかにチェックを入れてください。</p> <input type="checkbox"/> 所得税及び復興特別所得税の更正の請求のため <input type="checkbox"/> 所得税及び復興特別所得税の修正申告のため <input type="checkbox"/> 所得税及び復興特別所得税の還付申告のため											
記 入 者	<input type="checkbox"/> 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)											

※ ①「医療費のお知らせ」再発行依頼書 と
 ② 返信用切手（上の「対象診療年月」欄の
 チェック☑が、
2か所以下の場合は、84円分切手、
3か所以上の場合は、84円分切手+10円分切手）
 を右記の問い合わせ先（提出先）へ郵送ください。

問い合わせ先（提出先）
 〒650-0021
 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1201号
 （センタープラザ12階）
 電話：078-326-2023
 兵庫県後期高齢者医療広域連合 給付課