後期高齢者医療に係る医療費通知発行依頼書

被保険者番号									
被保険者	フリガナ								
	氏　名								
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日							
	住　所								

島根県後期高齢者医療広域連合　様

上記のとおり、後期高齢者医療に係る医療費通知の発行を依頼します。

平成　　年　　月　　日

依頼者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者との関係：　本人　・　（　　）

※注意事項

１月～１０月に受診された医療費について、翌年１月中旬にお送りします。
ただし、医療機関から島根県後期高齢者医療広域連合への請求が遅延する場合は、遅延した月の医療費は記載されません。

確定申告に医療費通知を使用される場合でも、１１月・１２月に受診された医療費については、医療機関が発行する明細書・領収書を添付してください。

保険適用外の費用はこの通知に反映されません。