様式第１号（第４条関係）

医療費等明細書交付申請書

年　　月　　日

長崎県後期高齢者医療広域連合長　　様

申請者
（代理人）

住　　所

氏　　名

電 話 番 号

下記のとおり「医療費等明細書」の交付申請を行います。

被保険者番号		被保険者 生年月日	年　　月　　日
被保険者氏名			
住　　所			
診療期間	年　　月診療分　　～　　年　　月診療分		
申請理由	□　確定申告のため　　□　医療費等の金額の確認のため □　その他（　　）		
交付の実施方法	□　窓口での交付 □　郵送による交付（切手を貼った返信用封筒が必要です）		

※ 該当する□に✔を入れてください。

委任状　（任意代理人が申請する際に被保険者又は遺族が記入する。）

私は上記申請者を代理人と認め医療費通知の交付に関する権限を委任します。

年　　月　　日

委任者　住　所

氏　名　　電 話 番 号

様式第１号（第４条関係）

医療費等明細書交付申請書

年　　月　　日

長崎県後期高齢者医療広域連合長　　様

申請者の方の氏名等のご記入をお願いします。
なお、被保険者の方が亡くなっている場合は、遺族の方の氏名等のご記入をお願いします。

申請者
（代理人）

住　　所

氏　　名

電 話 番 号

下記のとおり「医療費等明細書」の交付申請を行います。

被保険者番号	01234567	被保険者 生年月日	昭和23年1月1日
被保険者氏名	広域　太郎		
住　　所	長崎市栄町４番９号		
診療期間	令和５年１月診療分　～　令和５年12月診療分		
申請理由	☑ 確定申告のため　☐ 医療費等の金額の確認のため ☐ その他（　　）		
交付の実施方法	☑ 窓口での交付 ☐ 郵送による交付（切手を貼った返信用封筒が必要です）		

「いつの分が必要か」、「どういう理由で必要か」及び「どのようにして受け取るか」について、ご記入ください。

※ 該当する☐に✔を入れてく

任意代理人の方が申請する場合は、委任状欄の記入が必要です。

委任状　（任意代理人が申請する

私は上記申請者を代理人と認め医療費通知の交付に関する権限を委任

年　　月　　日

委任者　住　　所　長崎市栄町４番９号

氏　　名　広域　太郎　　電 話 番 号