

申 立 書

年 月 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長 様

申 立 者 住 所 _____
(代理人可)

氏 名 _____ (印)

連絡先 _____

被保険者からみた続柄 _____

私は、 _____ (下記被保険者) について、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて療養の給付を行うことを申し立てます。

申立内容	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	(年 月 日生)
	日 時	年 月 日 () 時 分
	医療機関へかかった経緯・療養の給付を行うことを申し立てる理由について、具体的に詳しく記載して下さい。	
※ 広域連合使用欄		