



郵便はがき

後期高齢者医療に係る医療費通知 対象期間
この通知は、あなたが受診した医療費総額のお知らせです。 被保険者番号
費用の請求や、手続きを定めるものではありません。 被保険者氏名

受診年月	保険医療機関等名称	診療区分	日数	医療費の総額(円)	食事療養	
					回数	費用額

親展 医療費のお知らせ
(データ処理年月:)

◎お問い合わせ先



(あて所不明等で返戻の場合は下記へ)
群馬県後期高齢者医療広域連合
電話番号 (027)256-7115又は7126 (直通)
〒371-0854
群馬県前橋市大渡町一丁目10番地7
群馬県公社総合ビル6階

●御案内は内側にあります。ここからお開きください。

*表の見方は裏面を御覧ください。
*このお知らせは再発行できません。また、確定申告にも使用できませんので、御注意ください。