

後期高齢者医療

- 被保険者証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 限度額適用認定証
- 特定疾病療養受療証
- ()

再交付申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号		
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・(西暦) 年 月 日	性別	男・女
	住所			
申請の理由		紛失・盗難・汚損・破損・その他 ()		
<p>兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>被保険者証 <input type="checkbox"/>限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/>限度額適用認定証 <input type="checkbox"/>特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> () </p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療 の再交付を申請します。</p> <p>なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>				

以下市(区)町記入欄

受付者		証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)
			回収：済・未 (/)
備考			<本人確認>書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・その他 ()