

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 再交付申請書

来庁される方について
ご記入ください。

届出者名	加東 花子 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	子 <input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	加東市社50番地 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	0795-43-0501

被保険者番号		01234567	個人番号				
被 保 険 者	フリガナ	カトウ タロウ					
	氏名	加東 太郎					
	生年月日	明・大 昭 ・(西暦)	8年	3月	21日	性別	男 ・女
	住所	加東市社50番地					
申請の理由		紛失 ・盗難・汚損・破損・その他 ()					

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

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
 ()

上記のとおり、後期高齢者医療 の再交付を申請します。

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。

年 月 日

届出日をご記入
ください。

----- 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 ()