

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 |
| | 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><input type="checkbox"/>被保険者証</p> <p><input type="checkbox"/>限度額適用・標準負担額減額認定証</p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療 <input type="checkbox"/>限度額適用認定証 の再交付を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/>特定疾病療養受療証</p> <p><input type="checkbox"/> ()</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>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 () |