

後期高齢者医療 再交付申請書

次のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 千 一

住所:

氏名:

代理人 住所:

氏名:

(続柄:)

奈良県後期高齢者医療広域連合長 あて

事由発生年月日	令和 年 月 日
事由	☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 破損 ☐ その他()
種類	☐ 資格確認書 ☐ 特定疾病療養受療証

被保険者番号	
住所・居住地 (施設名等)	千 一 TEL ー ー
フリガナ	
氏名	
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (男 ・ 女)

受領しました。	署名
---------	----

証 処 理	交付:窓口・郵送(/)	備考	
	回収:済・未 (/)		