

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		番号がわからない場合は記入不要です	
住所・居住地 (施設名等)	〒	-	
	TEL	日中連絡先の電話番号を記入してください	
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 (/)		