

# 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 〒 —

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	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他( )
種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 減額証・限度証 <input type="checkbox"/> 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	明治・大正・昭和 年 月 日 (男・女)

受領しました。	署名	印
---------	----	---

証 処 理	交付:窓口・郵送( / )
	回収:済・未 ( / )

備考	
----	--