

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:)

(電話 - -)

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"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証

被保険者番号	番号が分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(/)
	回収:済・未 (/)

備考	
----	--