

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：)

(電話 — —)

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

事由発生年月日		令和 年 月 日	
証種別	<input type="checkbox"/> 被保険者証 (即時交付は、本人確認必要) <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()

被保険者番号							
住所	〒						
	TEL						
フリガナ							
氏名							
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (男・女)						

証処理	交付： 窓口・郵送 (/)	確認書類	〈本人〉
	回収： 済・未 (/)		運転免許証・障がい者手帳・被保険者証 (医療・介護)
			預金通帳・キャッシュカード・その他()
			〈代理人〉
			運転免許証・障がい者手帳・被保険者証 (医療・介護)
			預金通帳・キャッシュカード・その他()