

## 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 付

(届出者) 住所:

氏名: (被保険者との続柄: )

(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・標準負担額減額認定証 <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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
住 所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 〒  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 ( 窓 口 交 付 )	<b>顔写真付きは1点、顔写真なしは2点で確認</b> <本人> 運転免許証・障がい者手帳・マイナンバーカード 預金通帳・キャッシュカード・被保険者証(医療・介護) ななまるカード・年金証書・その他( ) <代理人> 運転免許証・障がい者手帳・マイナンバーカード 預金通帳・キャッシュカード・被保険者証(医療・介護) ななまるカード・年金証書・その他( )
	回収: 済・未 ( / )		