

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 ㊦

（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	☐ 資格確認書（旧 被保険者証） ※窓口交付の場合は、本人確認書類（原本）必要	事 由	☐ 紛失
	☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証		☐ 破損
	☐ 限度額適用認定証		☐ 盗難
	☐ 特定疾病療養受療証		☐ その他（ ）

被 保 険 者 番 号								
住 所	☐ 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 (/)	本 人 確 認 書 類 (窓 口 交 付)	<u>顔写真付きは1点、顔写真なしは2点で確認</u> 〈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・介護保険被保険者証 資格確認書・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・介護保険被保険者証 資格確認書・ななまるカード・年金証書・その他()
	回収： 済 ・ 未 (/)		