

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 頁

(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 ※	事 由	☐ 紛失		
	☐ 資格情報のお知らせ※		☐ 破損		
	※窓口交付の場合は、本人確認書類（原本）必要		☐ 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>
	回収： 済 ・ 未 （ / ）		〈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 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()