|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 後期高齢者医療 | □被保険者証□限度額適用・標準負担額減額認定証□限度額適用認定証□特定疾病療養受療証□（　　　　　　　　　　　　　　　） | 再交付申請書 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 | □被保険者と同じ | 本人との関係 | □本人 |
| 届出者住所 | □被保険者と同じ | 連絡先電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 個人番号 |  |
| 　被　保　険　者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・（西暦）　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住所 |  |
| 申　請　の　理　由 | 紛失・盗難・汚損・破損・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 兵庫県後期高齢者医療広域連合長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記のとおり、後期高齢者医療 | □被保険者証□限度額適用・標準負担額減額認定証□限度額適用認定証□特定疾病療養受療証□（　　　　　　　　　　　　　　　） | の再交付を申請します。 |

　　　なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。　　　年　　　月　　　日申請者　（被保険者）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

以下市（区）町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付者 |  | 証　処　理 | 交付：窓口・郵送（　　　 ／　 ） |
| 回収：　済・未　（　　　　／　　　　） |
| 備　　　考 |  | ＜本人確認＞書類名：　　　　　　　　番号 |