

記入例

再交付を希望する証に✓をしてください。

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

手続きされる方についてご記入ください。(被保険者と同じ場合は、□に✓することで記入を省略できます。)

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	0123-45-6789

被保険者番号	01234567	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	アシヤ タロウ	
	氏名	芦屋 太郎	
	生年月日	明・大・昭・(西暦) 〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	芦屋市精道町7番6号	
申請の理由	紛失・盗難・汚損・破損・その他 ()		

被保険者についてご記入ください。

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

再交付を希望する証に✓をしてください。

- 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
- ()

上記のとおり、後期高齢者医療 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。

令和〇年 〇〇月 〇〇日

以下市(区)町記入欄

芦屋市処理欄

※記入しないでください。

その他 ()