

様式第45号（第24条関係）

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		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	年 月 日		性別	男 ・ 女	
	住所					
再交付申請の理由						
<p>埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて</p> <p>上記のとおり限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p>						