

記入例

様式第46号（第24条の2関係）

後期高齢者医療限度額適用認定証再交付申請書

届出者名	後期 太郎	本人との関係	夫
届出者住所	和光市〇〇1-1-1	連絡先電話番号	048-XXX-XXXX

被保険者番号		記入不要		個人番号	記入不要	
被 保 険 者	フリガナ	コウキ ハナコ				
	氏 名	後期 花子				
	生年月日	昭和〇 年 〇 月 〇 日		性別	男 ・ (女)	
	住 所	和光市〇〇1-1-1				
再交付申請の理由		(例)紛失による (例)盗難による				
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 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。 年 月 日						