

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   | 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<br>保<br>険<br>者                                                          | フリガナ    | コウキ ハナコ              |    |                                        | 認定証を再発行する該当者名をご記入ください。 |
|                                                                           | 氏 名     | 後期 花子                |    |                                        |                        |
|                                                                           | 生 年 月 日 | 昭和    〇 年 〇 月 〇 日    | 性別 | 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 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<br>(例)盗難による |    |                                        |                        |
| 埼玉県後期高齢者医療広域連合長    あて<br>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。<br>年    月    日 |         |                      |    |                                        |                        |