|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号（第４条・第１０条・第１３条の２・第１４条の２関係） | | | | | | | | | |
| 後期高齢者医療再交付申請書 | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| 再交付申請の理由 | | | １．紛失　　　２．汚損　　　３．その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| **被保険者証**  **特定疾病療養受療証**  **限度額適用認定証**  **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。  鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　殿  　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | | 住所  氏名 | | | | |  |