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