後期高齢者医療 ｛ 資格確認書
特定疾病療養受領証
限度額適用・標準負担額減額認定証
限度額適用認定証 ｝ 再交付申請書

被保険者番号								
個人番号								

被保険者	フリガナ	
	氏　　名	
	性　　別	男　・　女
	生年月日	明治　大正 昭和　西暦　　年　　月　　日
	住　　所	
再交付申請の理由		紛失・盗難・破損（汚損） （その他：　　）

埼玉県後期高齢者医療広域連合長あて

上記のとおり申請します。

令 和　　年　　月　　日

住　所

申請者　氏　名

電　話　　（　　）

被保険者との関係　　本人・その他（　　）

R6.12.2～R7.7.31