

<記入例>

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 花子	本人との関係	妻
届出者住所	沖縄市仲宗根町12-19	連絡先電話番号	090-XXXX-XXXX
届出番号	01234567	個人番号	記入不要
フリガナ	コウキ ダイスケ		
氏名	後期 大輔		
生年月日	昭和〇年〇月〇日		
住所	沖縄市仲宗根町12-19		
申請の理由	紛失・棄損		
沖縄県後期高齢者医療広域連合殿			
申請書を記入した日付を記入			
上記のとおり、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。			
令和 年 月 日			

届出を行う代理人  
情報を記入

被保険者情報を記入

申請の理由を記入

申請書を記入した  
日付を記入