

<記入例>

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書				
届出者名	後期 大輔	本人との関係	本人	
届出者住所	沖縄市仲宗根町12-19	連絡先電話番号	090-XXXX-XXXX	
届出を行う被保険者情報を記入	号	01234567	個人番号	記入不要
被保険者情報を記入	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		
申請の理由を記入	住所	沖縄市仲宗根町12-19		
	申請の理由	紛失・棄損		
申請書を記入した日付を記入	沖縄県後期高齢者医療広域連合殿			
	上記のとおり、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。			
令和 年 月 日				