

<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 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	
届出を行う代理人 情報を記入	号	01234567	個人番号	記入不要
被 保	フリガナ	コウキ ダイスケ		
	氏名	後期 大輔		
生 年 月 日	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、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。			
	令和 年 月 日			