

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

申請（届出）者名	広域 太郎	被保険者との関係	本人
申請（届出）者住所	京都府京都市中京区〇〇〇〇123番地	電話番号	000-000-0000

〇各区役所，支所（保険年金課）に申請書類を提出する方の氏名等を記入してください。

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ	
	氏名	広域 太郎	
	生年月日	昭和 5年 1月 1日	
	住所	京都府京都市中京区〇〇〇〇123番地	

〇今回，限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を受ける方の氏名等を記入してください。
 〇被保険者番号は，保険証に記載されている番号を記入してください。
 〇個人番号（マイナンバー）は，通知カード，マイナンバーカード等に記載されている番号を記載してください。

申請の理由	紛失のため
-------	-------

〇再発行申請をされる理由を記入してください。

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり、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 3年 4月 1日

〇申請日を記入してください。

〇申請書の提出者や限度額適用・標準負担額減額認定証の受取人は原則として被保険者本人又は同一世帯の方となります。委任する場合は別途委任状により，代理権が授与されていることを証する必要がありますので，申請書と併せて委任状を提出ください。

※申請書提出時に本人確認書類等の提示を求められることがありますので，ご協力をお願いいたします。