

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書

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

○各区役所、支所（保険年金課）の窓口で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	

○今回、特定疾病療養受療証の再交付を受ける被保険者の方の氏名等を記入してください。

○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。

○個人番号（マイナンバー）は、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
-------	-------

○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、特定疾病療養受療証の再交付を申請します。 令和3年 4月 1日
--

○申請日を記入してください。

○申請書の提出者や特定疾病療養受療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窓口にお持ちください。

※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。