

後期高齢者医療 { 被保険者証
限度額適用・標準負担額減額認定証 } 亡失届兼再交付申請書
特定疾病療養受療証

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長	年 月 日
-----------------------	-------

下記のとおり { 被保険者証
限度額適用・標準負担額減額認定証 } の亡失を届け、再交付を申請します。
特定疾病療養受療証

以後紛失した証を発見したときは速やかに返納します。

申請者 (被保険者)	住所		
	福知山市		
	連絡先電話番号 () - -		
	氏名	性別	生年月日
	男・女	明・大・昭	年 月 日
	被保険者番号	個人番号	

亡失及び 再交付申請 の事由	<input type="checkbox"/> なくした	左の該当の□の中にレ印を記入し、その状況を下に記入して下さい。 ・場所 ・状況
	<input type="checkbox"/> やぶれた	
	<input type="checkbox"/> よごした	
	<input type="checkbox"/> その他	

※ やぶれたとき、又はよごれたときは、その証を添付してください。

※この申請書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市後期高齢者医療事業に係る事務に利用します。

