

第 7 号様式（第 7 条関係）
 第 29 号様式の 2（第 22 条関係）
 第 31 号様式の 2（第 24 条関係）
 第 33 号様式の 2（第 26 条関係）

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	令和	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（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）第 2 条第 8 項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。