

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

届出者名	竹 富 花 子		本人との関係	娘
届出者住所	竹 富 町 字 竹 富 〇 〇 番 地		連絡先電話番号	0980-00-0000
被 保 険 者 番 号	0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
被 保 険 者	フリガナ	タ ケ ト ミ タ ケ オ		
	氏名	竹 富 竹 男		
	生年月日	昭 和 元 年 1 月 1 日		
	住所	竹 富 町 字 竹 富 〇 〇 番 地		
申請の理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 破 損 の た め</li> <li>・ 汚 損 の た め</li> <li>・ 紛 失 の た め</li> <li>・ そ の 他</li> </ul>			
<p>沖縄県後期高齢者医療広域連合殿</p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。</p> <p>令和 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 竹 富 町 字 竹 富 〇 〇 番 地</p> <p style="text-align: right;">氏名 竹 富 竹 男 印</p>				