

後期高齢者医療被保険者証等返還不能届出書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
(フリガナ) 氏 名		
生 年 月 日	年	月	日
住 所 (施設名及び施設所在地)			
返還不能な証の種類 ※□をチェックする	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		
返還不能の理由 ※□をチェックする	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様			
上記のとおり返還不能であるため、届け出ます。なお、今回返還不能であった証が見つかった場合は、速やかに返還します。			
年 月 日			

※再交付申請をされた方は、返還不能届出をする必要はありません。

市区町受付印