

## 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。

窓口に来られた方	氏名	本人との関係		
	連絡先			
被保険者番号		個人番号		
(フリガナ) 氏名	-----			
生年月日	年	月	日	性別 男・女
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付かった場合は、速やかに返還します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 <span style="float: right;">⑩</span>				

※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