

## 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)<br>氏名  |  |      |  |
| 生年月日  | 年 月 日  |      |  |
| 住所<br>(施設名及び施設所在地)  | 尾道市  |      |  |
| 返還不能な証の種類<br>※□をチェックする  | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証<br><input type="checkbox"/> 限度額適用認定証<br><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 |      |  |
| 返還不能の理由<br>※□をチェックする  | <input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> その他（ ）   |      |  |
| 広島県後期高齢者医療広域連合長 様<br>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。<br>令和 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