

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	
被保険者氏名	後 期 一 郎									
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2									
被保険者住所	△△県□□市2-2									
生 年 月 日	明治 大正 昭和 ○○ 年 ×× 月 △△ 日生							性 別	男・女	
再 交 付 す る 証 の 種 類	☒ 被保険者証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額適用認定証									
再 交 付 申 請 の 理 由	☐ 紛 失 ☐ 盗 難 ☐ 汚 濁 ☐ その他 ()									
上記のとおり申請いたします。 ○○ 年 ×× 月 △△ 日 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て 申請者 住 所 △△県□□市2-2 氏 名 後 期 一 郎 (印) 被保険者との続柄 (本 人)										
証交付	☐ 郵送 ☐ 直接交付 → 本人確認書類: ☐ 免許証 ☐ 旅券 ☐ その他 ()									