

後期高齢者医療 被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号									個人番号		
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日					
	住所	〒										
再交付を必要とするもの	<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											
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他()											
<p>岡山県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者被保険者証等の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 氏名 (被保険者) (印)</p> <p>(電話番号 — —)</p> <p>(届出者) 住所 (続柄:)</p> <p>氏名 (電話番号 — —)</p>												

証 処 理	交付	窓口・郵送 (/)		
	回収	済・未 (/)		
	本人確認	書類名	免保介	
		番号		

市町村	
受付印	受付者印