

・被保険者証等を紛失された時などに、再交付を受けるための申請書です。

記入例

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	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	××××××××××××
	フリガナ	コ ウ イ キ ハ ナ コ									
	氏 名	広 域 花 子									
	生年月日	明治・大正・昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日									
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町×××番地									

再交付を必要とするもの	<input checked="" 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
-------------	---

再交付を希望するものを選んでください。

申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他()
-------	--

再交付申請をする理由を選んでください。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

令和 2 年 8 月 11 日

申請者 氏 名 広 域 花 子 (被保険者) (電話番号 〇〇〇 - ××× - △△△△)

(届出者) 住 所 (続柄:)
氏 名 (電話番号 〇〇〇 - ××× - △△△△)

被保険者と届出者が違う場合に記入してください。

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