

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

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																	
被 保 険 者	フリガナ																			性別	男・女														
	氏名																																		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日																																	
	住所																																		

証種別	<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"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----	--

再交付理由	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------	--

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所  
氏名

処理欄	証発行	市町村確認	広域連合確認
	<input type="checkbox"/> 即時発行 <input type="checkbox"/> 後日郵送    / <input type="checkbox"/> その他（ ）		