

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

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) 氏名			
生年月日	年 月 日		
住所 (施設名及び施設所在地)			
再交付申請する証の種類 ※□をチェックする	<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	回収の有無（※市区町で記入） 回収・未回収・不能 回収・未回収・不能 回収・未回収・不能 回収・未回収・不能	
再交付の理由 ※□をチェックする	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、証の再交付を申請します。なお、旧証が見付かった場合は、速やかに返還します。 年 月 日			

被保険者証送付日	年 月 日	被保険者証を受領しました。 (サイン)	
被保険者証回収日	年 月 日		
システム入力者	システム確認者	確認書類 免許証・その他（ ）	
(備考)			(市区町受付印)