

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

書類を提出される方の、  
氏名・続柄・住所・  
電話番号

次のとおり申請します。

申請者氏名	後期 一太郎	本人との関係	子
申請者住所	〒287-0001 香取市佐原口〇〇〇〇番地 電話番号0478 ( 54 ) 〇〇〇〇		

被 保 険 者	被保険者番号	9 8 7 6 5 4 3 2	個人番号	
	フリガナ	コウキ フミオ		
	氏名	後期 二三夫	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	〒287-0001 香取市佐原口△△△△番地 電話番号0478 ( 52 ) 〇〇〇〇		

被保険者証等の再交付する対象の方の、被保険者番号・氏名・生年月日・住所・電話番号

再交付する書類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 2 被保険者資格証明書 3 限度額適用認定証 4 限度額適用・標準負担額減額認定証 5 特定疾病療養受療証 6 その他( )
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他( )

再交付する書類（被保険者証等）及び、再交付する理由に丸をつける