後期高齢者医療再交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 |  | 本人との関係 |  |
| 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 |  |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　所 | 　市・郡　　　　　　　　　町・村 |
| 再交付事由 | □紛失　　　　　□盗難　　　　　□破損□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　　考 | ※身分確認　　□運転免許証　　□個人番号カード　□住基カード（写真付き）　□パスポート　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）※警察への届出　　□済　　□未（届出指導）　　　　※未　納　　□有　　□無※交付方法　　□窓口交付　　　□郵送　　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 秋田県後期高齢者医療広域連合長　様□被保険者証　　上記のとおり、後期高齢者医療　　□限度額適用・標準負担額減額認定証　の再交付を　　　　　　　　　　　　　　　　　　□限度額適用認定証□特定疾病療養受療証□被保険者資格証明書申請します。　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　申請者（被保険者）　氏名　　　　　　　　　　　　 |