

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 險 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	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備 考	※身分確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード(写真付き) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()	
	※警察への届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未(届出指導) ※未納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	※交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()	

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療

- 被保険者証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 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

)の再交付を

申請します。

年 月 日

申請者(被保険者) 氏名

