後期高齢者医療再交付申請書

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			
	氏名			
	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

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