

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|----|---|---|----|--|--|--|------|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | 市町村名 | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治 | 大正 | 昭和 | 年 | 月 | 日生 | | | | | |
| 再交付する証の種類 | <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 | | | | | | | | | | |
| 再交付申請の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 汚濁 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>被保険者との続柄 ()</p> | | | | | | | | | | | |
| 証交付 | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 直接交付 → 本人確認書類： <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | | | | |