

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

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	性別	男・女											
	住所																	

証種別	<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"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
再交付理由	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> その他（ ）

岩手県後期高齢者医療広域連合長様

上記のとおり、再交付を申請します。

年　月　日

処理欄	証発行	市町村確認	広域連合確認
	・即時発行 ・後日郵送 / ・その他（ ）		