

## 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

届出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主	氏名		電話番号	
	<input type="checkbox"/> 代理人（                      ）	住所			

被保険者	被保険者番号						
	フリガナ				電話番号		
	氏名						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒					
	保険者番号						

再交付の種別

- 被保険者証     
  特定疾病療養受療証     
  限度額適用・標準負担額減額認定証  
 その他（                      ）

再交付の申請理由

- 紛失       汚損       破損  
 その他 { 焼失、盗難、未着、その他（                      ） }

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

年    月    日

申請者

氏名

Ⓜ

※以下の欄は記入しないでください。

<b>本人確認事項</b>	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証の再交付のために 来庁したのは、本人であることを証明します。
<input type="checkbox"/> 運転免許証	
<input type="checkbox"/> 外国人登録証	
<input type="checkbox"/> 身分証明書	年    月    日
<input type="checkbox"/> その他（                      ）	所属課名                      課 氏                      名

処理欄	被保険者証等	証交付(未・済)	年	月	日				
		回収(未・済)	年	月	日				
電算処理(未・済)		年	月	日					
		無効告示	年	月	日	入力者		確認者	
	備考				市   町   村   名				