

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	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市	
被保険者氏名	後 期 一 郎										
個人番号	123456789012										
被保険者住所	△△県□□市2-2										
生 年 月 日	明治	大正	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	〇〇年××月△△日生					性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女	
再交付する証の種類	<input checked="" 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 checked="" 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>令和〇〇年××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 △△県□□市2-2</p> <p>氏 名 後 期 一 郎</p> <p>電話番号 〇12(345)6789</p> <p>被保険者との続柄 ( 本 人 )</p>											
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 直接交付 → 本人確認書類： <input checked="" type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ）										