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	○○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)　昭和　○○　年　××　月　△△　日生								性別	(男)・女
再交付する証の種類	☑ 被保険者証 □ 限度額適用・標準負担額減額認定証 □ 特定疾病療養受療証 □ 限度額適用認定証									
再交付申請の理由	☑ 紛　失 □ 盗　難 □ 汚　濁 □ その他（　　）									

上記のとおり申請いたします。

○○　年　××　月　△△　日

茨城県後期高齢者医療広域連合長　　宛て

申請者　住　　所　　△△県□□市２－２

氏　　名　　後　期　　一　郎　　㊞

被保険者との続柄　（　　本　人　　）

証交付	□郵送 □直接交付　→　本人確認書類：□免許証　□旅券　□その他（　　）