

【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（ ）									
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 氏 名 電話番号 （ ） 被保険者との続柄 （ ）										
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（ ）									