様式第６号（第８条・第15条・第16条関係）

後期高齢者医療　被保険者証等再交付申請書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合　広域連合長

次のとおり申請します。
なお、紛失等により失った被保険者証等を発見したときは、その被保険者証等を直ちに返納することを誓約します。

平成　　年　　月　　日

被保険者（申請者）	被保険者番号		個人番号	
	氏　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性別	男　・　女
	住所等	（電話番号　　－　　－　　）		
再交付を必要とするもの	□ 被保険者証　□ 被保険者資格証明書 □ 特定疾病療養受療証　□ 限度額適用・標準負担額減額認定証 □ 資格喪失証明書　□ 被扶養者・障害・特定疾病証明書			
再交付を必要とする理由	□ 紛　失　□ 盗　難　□ 破　損 □ その他（　　）			
申請が被保険者以外の場合	氏　名　　印　被保険者との続柄 住所等 （電話番号　　―　　―　　）			

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません）。

市区町村処理欄

被保険者証等の交付状況	□ 窓口交付（本人確認が必要）　□ 運転免許証：No. □ 郵　送　□ その他（　　）				
備　考					
	受付年月日	受　付	端末入力	交　付	受付責任者
	・　・				