

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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				
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	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 被扶養者・障害・特定疾病証明書			
再交付を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 窓口交付（本人確認が必要） <input type="checkbox"/> 運転免許証：No. <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
備 考				
	受付年月日	受付	端末入力	交付
	・			
				受付責任者