

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	性別	男・女
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（ ）										
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>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</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>被保険者との続柄 ()</p>											
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（ ）										