

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者名住所		連絡先電話番号	() -

被保険者番号		※個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		性別 男・女
	氏名		
	生年月日	【 明治・大正・昭和 】 年 月 日	
	住所	〒 -	

※個人番号は免許証等で本人確認が可能な場合は省略可

再交付するもの	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> 短期被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------	---

申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	--

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印