

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
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			
	氏名			男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	住所	市・郡	町・村	

再交付事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

備 考	※身分確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード (写真付き) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
	※警察への届出 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 (届出指導) ※未納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	※交付方法 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療

<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"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書	}	の再交付を
---	---	-------

申請します。

年 月 日

申請者 (被保険者) 氏名

