

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 style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名 電話番号 （ ） 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（ ）		