

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	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	

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

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、後期高齢者医療の

- 被保険者証
- 被保険者資格証明書
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 限度額適用認定証
- 特定疾病療養受療証
- 被扶養者・障害・特定疾病証明書

の再交付を

申請します。

なお、紛失した証書を発見したときは、直ちに返還します。

年 月 日

申請者 住所

氏名



※破損・汚損した被保険者証等を添付すること。