

## 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

窓口に見えた方の氏名		被保険者との関係	
住 所			
連絡先電話番号			

被 保 険 者	被保険者番号							
	(フリガナ) 氏 名							
	個人番号							
	生年月日	明治・大正・昭和				年	月	日
	住 所	〒						
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 ※必ず被保険者証等を添付してください。 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
証の種別	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <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							
(あて先)三重県後期高齢者医療広域連合長  上記のとおり後期高齢者医療被保険者証等の再交付を申請します。  年 月 日								

市 町 確 認 欄								
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交 付	証回収	減額/限度証	特定疾病	その他特記事項
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ( )	個人番号カード 通知カード その他 ( )	月 日	窓 口  郵 送 月 日	回 収 月 日 入 力 月 日	回 収 月 日 入 力 月 日	回 収 月 日 入 力 月 日	

