

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/>
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	明治・大正・昭和	年	月
	住所	大館市		

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	※届出人確認	<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"/> (新旧) 保険証・限度額証 <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

被保険者証
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
被保険者資格証明書

の再交付を

申請します。

令和 年 月 日

交付

後期高齢者医療再交付申請書【記入例】

届出者名	広域 一郎	本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/>
届出者住所	大館市字中城 20 番地	連絡先電話番号	0186-49-7046

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	
--------	-----------------	------	--

被 保 険 者	フリガナ	コウイキ イチロウ
	氏名	広域 一郎
	生年月日	明治・大正・ <input type="text" value="昭和"/> 20 年 10 月 10 日
	住所	大館市 字中城 20 番地

再交付事由	<input checked="" 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 checked="" 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"/> (新旧) 保険証・限度額証
		<input type="checkbox"/> その他 ()
	※警察への届出	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 (届出指導) ※未納 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	※交付方法	<input checked="" 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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書	の再交付を
---	-------

申請します。

令和 3年 4月 1日