

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

<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・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

※破損・汚損した被保険者証等を添付すること。