後期高齢者医療　被保険者証等再交付申請書

被保険者	被保険者番号									個人番号	
	フリガナ										
	氏　　名										
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日									
	住　　所	〒									
再交付を必要とするもの		□ 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									
申請の理由		□紛失　□破損　□汚損　□その他（　　）									

岡山県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者被保険者証等の再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者（届出者）　住　所

氏　名　　（続柄:　　）

（電話番号　　－　　－　　）

証処理	交 付	窓口 ・ 郵送　（　／　）	
	回 収	済 ・ 未　（　／　）	
	申請者本人確認	書類名	免　保　介 その他（　　）
	被保険者本人確認	書類名	被保険者証の即日交付に限り確認必要 免　保　介 その他（　　）

市町村	
受付印	受付者

※ 被保険者証の再交付について、申請と同時に窓口で受け取りたい場合は、申請者（届出者）の本人確認（顔写真付き証明書の場合は1点、顔写真無し証明書の場合は2点）に加え、被保険者本人の身分証明書（顔写真付き証明書かどうかは問わない、写し可）の提示又は委任状の提出が必要となります。