

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	<input 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										
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()										
<p>岡山県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 (届出者) 氏名 (続柄:) (電話番号 - -)</p>											

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。