

・被保険者証等を紛失された時などに、再交付を受けるための申請書です。

記入例

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	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	××××××××××××××
	フリガナ	コ ウ イ キ ハ ナ コ									
	氏 名	広 域 花 子									
	生年月日	明治・大正・昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日									
	住 所	〒 ○○○-○○○ ○○市○○町×××番地									
再交付を必要とするもの	<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										
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 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 2 年 8 月 11 日 申請者 住 所 ○○市○○町×××番地 (届出者) 氏 名 広 域 花 子 (続柄: 本人) (電話番号 ○○○ - ○○○ - ○○○○)											

再交付を希望するものを選んでください。

再交付申請をする理由を選んでください。

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

※被保険者証を窓口で受け取りたい場合は、こちらの確認が必要となりますのでご注意ください。

※ 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。