

後期高齢者医療 被保険者証等再交付申請書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

次のとおり申請します。 なお、紛失等により失った被保険者証等を発見したときは、その被保険者証等を直ちに返納することを誓約します。		令和 年 月 日	
被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者番号		個人番号
	氏 名	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
	住 所 等	(電話番号 - -)	
再交付を必要とするもの	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 被扶養者・障害・特定疾病証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書	
再交付を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> 破損
申請が被保険者以外の場合	氏名 被保険者との続柄 住所等 (□被保険者と同じ) 電話番号 (□被保険者と同じ)		

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

市区町村処理欄

被保険者証等の交付状況	<input type="checkbox"/> 窓口交付 (本人確認が必要) <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 運転免許証：No. <input type="checkbox"/> その他 ()			
備 考					
	受付年月日	受 付	端末入力	交 付	受付責任者
	・				