

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

年 月 日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ( )		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 電話番号 ( )		

再交付する書類	1 被保険者証 2 被保険者資格証明書 3 限度額適用認定証 4 限度額適用・標準負担額減額認定証 5 特定疾病療養受療証 6 その他( )
---------	---

申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他( )
-------	--------------------------------