

後期高齢者医療再交付申請書

申請書を記入した方について、記入してください。

高齢者医療広域連合長宛り申請します。

申請者氏名	八王子 花子	申請年月日	〇〇年 〇月 〇日
		本人との関係	妻

被保険者本人について、記入してください。

〒〇〇〇-〇〇〇〇
 〇〇市〇〇町〇〇番地××号
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇

※申請者欄にはこの申請者欄の住所を記入してください。

被保険者本人の「後期高齢者医療被保険者証」に記載の8桁の被保険者番号を把握している場合は、記入してください。

被保険者本人の「通知カード」又は「個人番号カード」を確認し、12桁の「個人番号（マイナンバー）」を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	△△△△△△△△	個人番号	△△△△△△△△△△△△
	フリガナ	ハチオウジ タロウ	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
	氏名	八王子 太郎	性別	男 ・ 女
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地××号 電話番号 △△△-△△△-△△△△		

再交付する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格証明書 <input type="checkbox"/> 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 4 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 5 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 6 その他（ ）
	申請の理由 1 破損・汚損 <input checked="" type="checkbox"/> 2 紛失 3 盗難 4 その他（ ）

再交付する証明書を選び、番号に〇をつけてください。

再交付申請の理由を選び、番号に〇をつけてください。

（用紙規格 A4）

来た方	本人確認が1点で完了するもの	本人確認が2点で完了するもの	
担当使用欄のため記入不要			
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> マイナンバー	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 介護保険証