

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被保険者番号									市町村名		
被保険者氏名											
個人番号											
被保険者住所											
生年月日	明治	大正	昭和		年		月		日生	性別	男・女
再交付する証の種類	<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"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証										
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 汚濁 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名 印</p> <p>被保険者との続柄 ( )</p>											
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 直接交付 → 本人確認書類： <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( )										

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市	
被保険者氏名	後 期 一 郎										
個人番号	123456789012										
被保険者住所	△△県□□市2-2										
生 年 月 日	明治	大正	昭和	〇〇	年	××	月	△△	日生	性別	男・女
再 交 付 する 証 の 種 類	<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"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証										
再 交 付 申 請 の 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛 失 <input type="checkbox"/> 盗 難 <input type="checkbox"/> 汚 濁 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>〇〇 年 ×× 月 △△ 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p>申請者 住 所                      △△県□□市2-2</p> <p>氏 名                                      後 期 一 郎                      印</p> <p>被保険者との続柄 (                      本 人                      )</p>											
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 直接交付 → 本人確認書類： <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( )										