

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

受付印

被保険者番号												
個人番号												
フリガナ												
氏名												
生年月日	明治・大正・昭和			年			月			日		
住所 (方書・施設名等)												
再交付を必要とする証	<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（区分Ⅰ・区分Ⅱ） <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証（現役Ⅰ・現役Ⅱ） <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証											
再交付申請の理由	1 紛失したため 2 破損・汚損したため、使用に耐えなくなった 3 その他（ ）											

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様
上記のとおり再交付を申請します。

令和 年 月 日 住所

申請者 氏名

代理	無・委・保・介・年証・年手・登記
番号	個カ・通カ・住・端末
身元	1点：個カ・免・住カ・バ・身手 2点：保・介・年証・年手

連絡先（電話）

証 処 理	交付：窓口・郵送（ / ）
	回収：済・未（ / ）
	<本人確認> 書類名： 番号：

<証返還誓約書>

この度、被保険者証がないため提出できませんが、発見した時には、直ちに返還します。また、紛失等で返還ができなかった被保険者証による診療については、貴広域連合に負担をかけないことを誓約します。

令和 年 月 日

氏名

備考	
----	--

受	付	入	力	広域確認