

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												性別	男・女
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

印

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