

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

令和 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										
	氏 名									生年月日	年 月 日
	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・消失 2 破損・汚損 3 その他 ()									