

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

窓口にみえた方の氏名		被保険者との関係	
住 所			
連絡先電話番号			

被 保 険 者	被保険者番号								
	(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	〒							
再交付申請 の 理 由		☐ 紛失 ☐ 汚損 ・ 破損 ※必ず被保険者証等を添付してください。							
証の種別		☐ 被保険者証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証							
(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり後期高齢者医療被保険者証等の再交付を申請します。 年 月 日 申 請 者 氏 名 印 (被保険者) ※申請者本人自署の場合は押印は不要です。									
【窓口で受け取った場合※後日郵送の場合は記入不要です】 上記の申請・届出に基づき被保険者証を受領しました。 年 月 日 受領した方の署名									

市 町 確 認 欄							
受付者	窓口にみえた方の本人確認書類	入力者	交 付	証回収	減額証	特定疾病	その他特記事項
	運転免許証 () 住基カード ・ 保険証 身体障害者手帳 その他 () ・ 未	月 日	窓口 郵送 月 日	回収 月 日 入力 月 日	回収 月 日 入力 月 日	回収 月 日 入力 月 日	

