

記入例

医療

再交付を希望するものを選択してください

届出者の情報を記入してください

- 被保険者証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 限度額適用認定証
- 特定疾病療養受療証
- ()

再交付申請書

届出者名	伊丹 太郎	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	夫	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇	

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	
フリガナ	イタミ ハナコ		
氏名	伊丹 花子		
生年月日	明・大 昭 (西暦) 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
住所	伊丹市〇〇町〇〇番〇〇号		

被保険者の情報を記入してください

申請の理由	紛失・盗難・汚損・破損・その他 ()
-------	---------------------

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療被保険者証の再交付を申請します。

なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日

再交付の理由を選択 (記入) してください

- 被保険者証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 限度額適用認定証
- 特定疾病療養受療証
- ()

再交付を希望するものを選択してください

申請日を記入してください

----- 以下市 (区) 町記入欄 -----

受 付 者	証	交付：窓口・郵送 (/)
		回収：窓口・郵便 (/)

・窓口来庁時に被保険者証の即日交付を希望する場合は、被保険者来庁の上、被保険者の官公署発行の顔写真表示がある本人確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証等) を持参ください。