

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被保険者番号									市町村名		
被保険者氏名											
個人番号											
被保険者住所											
生年月日	明治	大正	昭和		年		月		日生	性別	男・女
再交付する証の種類	<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 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証										
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 汚濁 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
上記のとおり申請いたします。  年 月 日 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て  申請者 住 所  氏 名 印  被保険者との続柄 ( )											
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 直接交付 → 本人確認書類： <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( )										

# 記入例

## 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名		
被保険者氏名	後 期 一 郎										
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2										
被保険者住所	行方市玉造甲404										
生 年 月 日	明治	大正	昭和	〇〇	年	××	月	△△	日生	性別	男・女
再交付する証の種類	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証										
再交付申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 汚濁 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>平成 〇〇 年 ×× 月 △△ 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p>申請者 住 所 行方市玉造甲404</p> <p>氏 名 後 期 太 郎 印</p> <p>被保険者との続柄 ( 子 )</p>											
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 直接交付 → 本人確認書類： <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( )										

朱肉を使用する印鑑で  
押印をお願いします