

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

住所

申請者 氏名

電話番号

下記の者の
 後期高齢者医療被保険者証
 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
 後期高齢者医療特定疾病療養受療証
 後期高齢者医療被保険者資格証明書
 の再交付を申請します。

被 保 険 者	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日		
			明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生		
住 所	〒				
			電話番号		
再交付の理由	紛失 破損		盗難	その他 ()	

処 理 欄	交付方法	(郵送 月 日) ・ 窓口
	回収	(済 月 日) ・ 未
	本人確認方法	

申請書提出に際しての来庁者が、被保険者本人又は世帯主でない場合は、証の再交付は郵送となります。