

後期高齢者医療 被保険者証等再交付申請書

届出者名		本人との 関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

事由発生年月日	令和 年 月 日				
証種別	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 減額認定証	<input type="checkbox"/> 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	<input type="checkbox"/> その他 ( )
事由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

被保険者番号		個人番号																	
被 保 険 者	フリガナ																		
	氏名																		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日														
	住所	〒	—																

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり申請します。  
 なお、後日発見した証につきましては、ただちに返納いたしますとともに、紛失等をした被保険者証等につきましては、貴広域連合に負担をかけないことを申し添えます。

令和 年 月 日

申請者  
(被保険者) 氏名

