# 後期高齢者医療　被保険者証等再交付申請書

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 氏　　名 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| | 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 再交付を必要とするもの | | □ 被保険者証<br>□ 限度額適用・標準負担額減額認定証<br>□ 限度額適用認定証<br>□ 特定疾病療養受療証 | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | □紛失　□破損　□汚損　□その他（　　） | | | | | | | | | |

岡山県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者被保険者証等の再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者（届出者）　住　所

氏　名　　（続柄:　　）

（電話番号　　－　　－　　）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 証処理 | 交 付 | 窓口 ・ 郵送　（　／　） | |
| | 回 収 | 済 ・ 未　（　／　） | |
| | 申請者本人確認 | 書類名 | 免　保　介<br>その他（　　） |
| | 被保険者本人確認 | 書類名 | 被保険者証の即日交付に限り確認必要<br>免　保　介<br>その他（　　） |

| 市町村 | |
|---|---|
| 受付印 | 受付者 |
| | |

※ 被保険者証の再交付について、申請と同時に窓口で受け取りたい場合は、申請者（届出者）の本人確認（顔写真付き証明書の場合は1点、顔写真無し証明書の場合は2点）に加え、被保険者本人の身分証明書（顔写真付き証明書かどうかは問わない、写し可）の提示又は委任状の提出が必要となります。