

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	平成 年 月 日				
証 種 別	☐ 被保険者証	☐ 減額認定証	☐ 限度額認定証	☐ 特定疾病受療証	☐ その他 ()
事 由	☐ 紛失	☐ 汚損	☐ 破損	☐ 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	〒 ー																	

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。

平成 年 月 日

申請者 (被保険者) 氏 名

印