

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も、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も、貴広域連合に負担をかけることを申し添えます。

令和 年 月 日