後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

※被保険者証の再交付のみ、個人番号の記載が必要です。

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		
再交付するもの		□ 被保険者証　□ 特定疾病療養受療証 □ 限度額適用･標準負担額減額認定証　□ 限度額適用認定証	
申請の理由		□ 紛失　□ 汚損　□ 破損 □ その他（　　）	

山口県後期高齢者医療広域連合長　殿

上記のとおり、再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

担当		交付区分	窓口 ・ 郵送（　　月　　日送付）
確認書類	個人番号カード ・ 通知カード ・ 免許証 ・ 保険証 ・ その他（　　）		