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	

被保険者番号										
被保険者	フリガナ								性別	男・女
	氏　　名									
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日								
	住　　所									

証　種　別	□　被保険者証 □　限度額適用・標準負担額減額認定証 □　特定疾病療養受療証 □　その他（　　）
再交付理由	□　き損　　□　汚損　　□　亡失 □　その他（　　）

岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり、再交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名

処理欄	本人確認（被保険者証再交付時）	証発行	市町村確認	広域連合確認
	・運転免許証 ・（　　）	・即時発行　・後日郵送　／ ・その他（　　）		