

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

年 月 日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり申請します。

申請者氏名	記入した人の情報	
申請者住所	〒	電話番号 ()

被 保 険 者	被保険者番号	記入した人の情報	
	フリガナ	記入した人の情報	
	氏名	記入した人の情報	
	住所	〒	電話番号 ()

再交付する書類	1 被保険者証 2 被保険者資格証明書 3 限度額適用認定証 4 限度額適用・標準負担額減額認定証 5 特定疾病療養受療証 6 その他()	再交付したい書類と 申請の理由を選択し ○をつけてください
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()	