

後期高齢者医療再交付申請書

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

再交付を受けてから事故が発生したときは、一切の責任を私が負い、福井県後期高齢者医療広域連合に対しては損害をかけないことを誓いますので、次のとおり再交付を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	印	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号													
	個人番号													
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名											性別	男 ・ 女	
	住所	〒 電話番号												

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 被保険者資格証明書 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 特定疾病療養受療証
申請の理由	1 紛失・消失      2 破損・汚損      3 その他 (                      )