

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

受付印

申請者氏名	広城 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	金沢市幸町12番1号	連絡先電話番号	076-999-999

被 保 険 者	被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広城 太郎		
	生年月日	昭和 12年 7月 10日		
	住所	〒 920-0968 金沢市幸町12番1号 電話番号 (076) 999-9999		

再交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> 減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
----------	---

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長

上記の理由により、再交付の申請をします。

令和 3年 6月 1日

※事務処理欄

証 処 理	交付：窓口・郵送（ / ）	備 考
	回収：済・未（ / ）	