

# 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

受付印

被保険者番号												
個人番号												
フリガナ												
氏名											性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和			年			月			日		
住所 (方書・施設名等)												
再交付を必要とする証	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証											
再交付申請の理由	1 紛失したため 2 破損・汚損したため、使用に耐えなくなった 3 その他 ( )											

愛媛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

住所

申請者 氏名

印

連絡先(電話)

証 処 理	交付：窓口・郵送 ( / )
	回収：済・未 ( / )
	<本人確認>
	書類名： 番号：

<p>&lt;証返還誓約書&gt;</p> <p>この度、被保険者証がないため提出できませんが、発見した時には、直ちに返還します。また、紛失等で返還ができなかった被保険者証による診療については、貴広域連合に負担をかけることを誓約します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>氏名</p>
--

備考	
----	--

受付	入力	広域確認