

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者 番 号								
個 人 番 号								
氏 名							性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和		年		月		日	
再交付を要する証	1. 被保険者証 2. 被保険者資格証明書 3. 特定疾病療養受療証 4. 限度額適用・標準負担額減額認定証							
再交付の理由	1. き 損 2. 紛 失 3. その他 ()							
<p>上記のとおり、身分を証する書類を添えて申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (居住地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () ー</p> <p>青森県後期高齢者医療広域連合長 様</p>								

広域連合受付	市町村受付