

高齢者の医療の確保に関する法律による被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者 番 号								
被 保 険 者	氏 名							男 ・ 女
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日			
	個 人 番 号							
	住 所							
再交付申請の 書類	1 被保険者証 2 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							
再交付申請の 理由	紛 失 盗 難 破 損 その他()							
上記の理由により、被保険者証等の再交付を申請します。 平成 年 月 日 申 請 者 氏 名 _____ (被保険者) ⑩ 窓口に来た人 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号() - _____ 熊本県後期高齢者医療広域連合長 様								

被保険者確認		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 旧保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証
<input type="checkbox"/> さくらカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	
<input type="checkbox"/> ()		
受領者確認		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 保険証
<input type="checkbox"/> ()		

入 力

受 付 印