様式第8号(第6条関係)

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | 　　　　　　　　　　　 | 本人との関係 | 　　　　　　 |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　(　　)　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | 　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ | 　　　　　　　　 | 生年月日 | 　　年　 　月　　 日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　(　　)　　　　　 |
| 再交付する書類 | １　被保険者証２　被保険者資格証明書３　限度額適用認定証４　限度額適用・標準負担額減額認定証５　特定疾病療養受療証 ６　その他(　　　　) |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失２　破損・汚損３　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |