

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	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男・女
	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()

記載例

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

〇〇年〇〇月〇〇日

(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	後期 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒285-〇〇〇〇 佐倉市〇〇町〇〇番地 電話番号 043(000)0000		

被 保 険 者	被保険者番号	0 9 8 7 6 5 4 3	個人番号	
	フリガナ	コウキ イチロウ	生年月日	明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭 10年 4月 2日
	氏名	後期 一郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	住所	〒285-〇〇〇〇 佐倉市〇〇町〇〇番地 電話番号 043(000)0000		

再交付を希望するものに
○を付ける。複数可。

再交付する書類	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()