

後期高齢者医療 被保険者証等再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日生		
住所	〒 —		
再交付するもの	1 被保険者証 2 限度額適用認定証 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 特定疾病療養受療証 5 その他( )		
再交付の理由	1 紛失      2 破損      3 その他( )		

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、被保険者証等の再交付を申請します。

年 月 日