

## 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

届出者氏名	静岡 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇		

被 保 険 者 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7										
フリガナ	シズオカ タロウ										
氏 名	静岡 太郎										男・女
個 人 番 号											
生 年 月 日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日										
住 所	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号										
再 交 付 申 請 を す る 証 等	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証←① <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証←②										
申 請 事 由	<input type="checkbox"/> 破 損 <input checked="" type="checkbox"/> 亡 失 <input type="checkbox"/>										

1割の保険証をお持ちの方は①に、3割の保険証をお持ちの方は②にレ点をご記入ください。

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、再交付申請いたします。

令和 〇 年 〇 月 〇 日