

記入例

年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

申請者名	甲府 花子	被保険者との関係	子
申請者住所	甲府市〇〇町〇番〇〇号		
申請者連絡先(電話番号)	055-〇〇〇-〇〇〇〇		

下記のとおり、後期高齢者医療の証明書等の再交付を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	不明の場合は、 空欄でも可	個人番号	個人番号の記入については、HP内「後期高齢者医療制度におけるマイナンバー(個人番号)の取扱いについて」をご確認ください。
	フリガナ	コウフ		
	氏名	甲府 太郎		
	生年月日	明治・大正・昭和 ○〇年△△月□□日		
	住所	甲府市丸の内1丁目〇番〇号		
再交付に係る証等の種類	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用 <input type="checkbox"/> その他 (再交付を希望する証の種類にチェックをしてください。	持ちもの ・届出者の身分証明書(運転免許証など) ・被保険者の身分証明書(運転免許証など) ・被保険者本人の印鑑(スタンプ印不可) ◎被保険者本人と同住所別世帯の方が申請する場合は、上記に加えて次のものをお持ちください。 ・届出者の印鑑 ※施設職員の方が届出者となる場合はお問い合わせくだ
申請の理由	1. 紛失 2. き損 3. その他			

申請理由を選んで○で囲んでください。