# 高齢者の医療の確保に関する法律による
# 被 保 険 者 証 等　再 交 付 申 請 書

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | | | | 個人番号 | | | | | | | |
| 被保険者 | 氏　　名 | | | | | | 性　別 | 男　・　女 | | | | |
| | 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| | 住　　所 | 益城町大字 | | | | | | | | | | |
| 申請書類 | 1　被保険者証<br>2　資格証明書<br>3　特定疾病療養受療証<br>4　限度額適用・標準負担額減額認定証<br>5　限度額適用認定証 | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | 紛　失<br>盗　難<br>破　損<br>その他（　　） | | | | | | | | | | | |

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様

上記の理由により、被保険者証等の再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者本人 住 所　益城町大字

氏 名

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 窓口に来た人 | 氏　名 | | 本人から<br>みた続柄 | |
| | 住　所 | | | |
| | 連絡先電話番号 | | | |