

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

（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請者氏名	印	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 ()