様式第６号（第５条関係）

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

太枠の中を記入してください。　　平成　　年　　月　　日

窓口に来られた方	氏　名 連絡先	本人との関係

被保険者番号		個人番号	
（フリガナ） 氏　　名			
生年月日	年　　月　　日	性別	男 ・ 女
住　所 （施設名及び施設所在地）			
再交付申請する証の種類 ※□をチェックする	□　被保険者証 □　限度額適用・標準負担額減額認定証 □　特定疾病療養受療証	回収の有無（※市区町で記入） 回収・未回収・不能 回収・未回収・不能 回収・未回収・不能	
再交付の理由 ※□をチェックする	□　紛失 □　汚損 □　破損 □　その他（　　）		

広島県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり，証の再交付を申請します。なお，旧証が見付かった場合は，速やかに返還します。

平成　　年　　月　　日

申請者　住　　所

氏　　名　　㊞

被保険者証送付日	平成　　年　　月　　日			被保険者証を受領しました。 （サイン）
被保険者証回収日	平成　　年　　月　　日			
システム入力者		システム確認者		確認書類　免許証・その他（　　）

（備考）

市区町受付印