様式第２号（第４条関係）

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号										個人番号												
被保険者	フリガナ																	性別	男・女			
	氏　名																					
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日																				
	住　所																					

証種別	□　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 □　その他（　　）
再交付理由	□　き損　□　汚損　□　亡失 □　その他（　　）

岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり、再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名

処理欄	証発行	市町村確認	広域連合確認
	・即時発行　・後日郵送　／ ・その他（　　）		