

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

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									
被 保 険 者	フリガナ								
	氏名								
	個人番号								
	生年月日			年	月	日			
	住所								
再交付申請の理由		紛失のため							

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。

年 月 日

処理欄

1 窓口交付 被保険者本人届出⇒① 同居以外の家族届出⇒①、② 同居所の家族届出⇒② ケアマネ・施設職員等⇒①、②、③ 成年後見人⇒①・③		2 郵送 (月 日発送)
① 被保険者本人確認 <input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 住カ <input type="checkbox"/> ぶらっと <input type="checkbox"/> 他 ()	② 届出者本人確認 <input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 住カ <input type="checkbox"/> ぶらっと <input type="checkbox"/> 他 ()	③ 被保険者との関係確認 <input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 他 ()