

【記入例】

様式第12号（第8条関係）

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

市町担当窓口で申請を行う方
(家族、施設職員等)の氏名等
を記入してください。

届出者名	広域 連太郎	本人との関係	子
届出者住所	高松市福岡町2丁目3番2号	連絡先電話番号	0123-456-789

被保険者番号	1 9 8 0 0 7 0 2	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ レンゴロウ	
	氏名	広域 連五郎	
	生年月日	昭和12年 3月 4日	
	住所	高松市福岡町2丁目3番2	
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input checked="" type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()		

被保険者番号、個人番号、
被保険者の氏名等を記入し
てください。

申請理由に、または、その他に理由を記入してください。

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、後期高齢者医療の

申請します。

なお、紛失した証書を発見したときは、直ちに返還します。

- 被保険者証
- 被保険者資格証明書
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 限度額適用認定証
- 特定疾病療養受療証
- 被扶養者・障害・特定疾病証明書

の再交付を

再交付を希望する証にをしてください。

令和〇年 〇月 〇〇日

※破損・汚損した被保険者証等を添付すること。