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

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			
	氏名			
	生年月日	年　月　日		
	住所			
申請の理由		□ 紛失　□ 破損　□ 汚損　□ その他（　　）		

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
- □ 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

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。

年　月　日

※破損・汚損した被保険者証等を添付すること。