

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

再交付申請書の  
 書き方（例）

後期高齢者医療〇〇〇〇再交付申請書

届出者名	広城 一郎	本人との関係	子
届出者住所	札幌市中央区南2条西14丁目	連絡先電話番号	012-345-6789

申請の窓口に来た方の氏名、住所等を記入してください。

被保険者番号	00000001	個人番号	000000000001
--------	----------	------	--------------

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ
	氏名	広城 太郎
	生年月日	昭和5年5月5日
	住所	060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目

申請の理由	紛失のため
-------	-------

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、後期高齢者医療被保険者証の再交付を申請します。

年 月 日
-------

申請日を記入してください。