

来庁される方(記入される方)の氏名等を記入してください。
(電話番号は日中連絡がとれるものをご記入ください。)

記入例

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

届出者名	後期 太郎	本人との関係	子
届出者住所	北本市本町〇丁目 〇〇番地	連絡先電話番号	048-***-****

被保険者番号	※被保険者証(上部)に記載されている被保険者番号を記入してください。			
被 保 険 者	フリガナ	コウキ ハナコ		
	氏名	後期 花子		
	個人番号	❗記入不要		
	生年月日	S18年 1月 1日	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	住所	北本市本町△丁目 △△番地		
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

被保険者の被保険者番号・氏名・
生年月日・性別・住所および再交
付申請の理由を記入してください。

上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請日(記入日)を記入してください。

申請者

被保険者の住所・氏名を記入してください。

住所

北本市本町△丁目 △△番地

氏名

後期 花子