

様式第7号(第7条、第23条関係)

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日		年	月	日
	住所	〒 —			
		電話番号() —			
再交付する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> 減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他()				
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他()				
<p>(宛先)石川県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記の理由により、再交付の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">【申請者】</p> <p style="text-align: right;">〒 —</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄()</p> <p style="text-align: right;">電話番号() —</p>					

※事務処理欄

証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)	備 考	
	回収：済・未 (/)		