

様式第9号(第8条関係)

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

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									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	年	月	日	性別	男・女			
	住所								

再交付申請の理由	紛失・盗難・破損(汚損) その他：
----------	----------------------

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 へ

上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所
氏名

受付	申請者確認	収納確認	証交付	確認	
	免許証・保険証 受診券・住基カード 他()				