様式第１１号（第１０条関係）

市　町　名	

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

窓口にみえた方の氏名		被保険者との関係	
住　　所			
連絡先電話番号			

被保険者	被保険者番号								
	(フリガナ) 氏　　名							性別	男 ・ 女
	個人番号								
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日							
	住　　所	〒							
再交付申請の理由		□ 紛失 □ 汚損 ・ 破損　※必ず被保険者証等を添付してください。 □ その他（　　）							
証の種別		□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　□特定疾病療養受療証							

(あて先)三重県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり後期高齢者医療被保険者証等の再交付を申請します。

年　　月　　日

申 請 者　氏 名　　印
(被保険者又は世帯主)

※申請者本人自署の場合は押印は不要です。

【窓口で受け取った場合※後日郵送の場合は記入不要です。】　上記の申請に基づき被保険者証等を受領しました。

年　　月　　日　　受領した方の署名

市　町　確　認　欄									
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交　付	証回収	減額証	特定疾病	その他特記事項	市町受付印
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他（　　）	個人番号カード 通知カード その他 （　　）	月　日	窓口 郵送 月　日	回収 月　日 入力 月　日	回収 月　日 入力 月　日	回収 月　日 入力 月　日		