記入例

第４条の２関係）

後期高齢者医療被保険者

手続きに来る方のお名前、住所、ご本人様との続柄、電話番号をご記入ください。

届出者氏名	保険　太郎	本人との関係	子
届出者住所	富士宮市弓沢町１５０	電話番号	0544-22-1482

被保険者番号	０１２３４５６７												
フリガナ	ホケン　ハナコ												
氏名	保険　花子												
個人番号（マイナンバー）	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
生年月日	昭和１０年　４月　１日												
住所	富士宮市弓沢町１５０												

被保険者ご本人様の被保険者番号、お名前、個人番号、生年月日、ご住所をご記入ください。

再交付申請をする証のすべてにレ点をご記入ください。

再交付申請をする証等	☐ 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
	☐ 限度額適用認定証	
申請事由	☐ 破損	☐ 汚損
	☐ 亡失	☐ その他（　　）

（宛先）静岡県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、再交付申請いたします。

年　月　日

再交付申請をする理由をお選びいただき、レ点をご記入ください。

※　手続きに来庁されるときは、手続きする方の本人確認ができるもの（免許証等の顔写真があるもの）をお持ちください。

※　同世帯のご家族様または血縁のご家族様（二親等内）以外の方がお手続きする場合は、委任状が必要となります。