様式第４号の２（第４条の２関係）

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	電話番号		

被保険者番号												
フリガナ												
氏名	男・女											
個人番号（マイナンバー）												
生年月日	年　　月　　日											
住所												
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