様式第7号（第7条関係）

後期高齢者医療再交付申請書

被保険者	被保険者番号									
	個人番号									
	氏名				生年月日	明治 大正　年　月　日 昭和			男・女	
	住所									

再交付の理由	1　汚損 2　破損 3　亡失 4　その他（　　）	再交付が必要なもの	1　被保険者証 2　特定疾病療養受療証 3　限度額適用・標準負担額減額認定証 4　限度額適用認定証 5　その他（　　）

上記のとおり再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

高知県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住所

氏名

電話番号

証交付	確認事項			担当
□ 窓口（　/　） □ 郵送（　/　）	本人		①免許証,保険証,マイナンバー,障がい者手帳,その他（　　） ②二点確認（　　、　　）	
	代理人	□同一世帯	①免許証,保険証,マイナンバー,障がい者手帳,その他（　　） ②二点確認（　　、　　）	
		□別世帯	①委任状、本人確認書類（　　） ②代理人の本人確認書類（　　）	