

様式第5号（第4条、第29条、第29条の4、第32条関係）

後期高齢者医療

被保険者証 被保険者資格証明書 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証

再交付申請書

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住 所

申請者 氏 名

㊞

電 話

次の証等の再交付を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第19条・第21条・第62条第8項・第66条の2第6項・第67条第6項の規定により申請します。

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	飯山市（大字）			
申 請 理 由	紛失 棄損 その他（ ）				
再 発 行 に 係 る 証 等 の 種 類	被保険者証 資格証明書 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証				
市役所 記入欄	<input type="checkbox"/> 免許証 （No. ）		申請者が被保険者以外の場合 続柄：（ ）		
	<input type="checkbox"/> 郵 送（ 月 日）				
	<input type="checkbox"/> 職員による確認（申請者本人に相違ありません。 印）				