様式第６号（第８条・第１５条・第１６条関係）

後期高齢者医療　被保険者証等再交付申請書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合　広域連合長

次のとおり申請します。

なお、紛失等により失った被保険者証等を発見したときは、その被保険者証等を直ちに返納することを誓約します。

年　　月　　日

被保険者（申請者）	被保険者番号			個人番号	
	氏　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	
			性　別	男　・　女	
	住所等	（電話番号　　－　　－　　）			
再交付を必要とするもの	□ 被保険者証 □ 特定疾病療養受療証 □ 限度額適用・標準負担額減額認定証 □ 被扶養者・障害・特定疾病証明書	□ 被保険者資格証明書 □ 限度額適用認定証 □ 資格喪失証明書			
再交付を必要とする理由	□ 紛　失　　□ 盗　難　　□ 破　損 □ その他（　　）				
申請が被保険者以外の場合	氏　名　　印　　被保険者との続柄 住所等 （電話番号　　－　　－　　）				

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません）。

市区町村処理欄

被保険者証等の交付状況	□ 窓口交付（本人確認が必要） □ 郵　送	□ 運転免許証：No. □ その他（　　）			
備　考					
	受付年月日	受　付	端末入力	交　付	受付責任者
	・　・				