

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

届出者名	朝霞 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	朝霞市本町1-1-1	連絡先電話番号	048-463-1928

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	記入しないでください
--------	-----------------	------	------------

被 保 険 者	フリガナ	アサカ タロウ		
	氏名	朝霞 太郎		
	生年月日	昭和 20年 1月 1日	性別	男・女
	住所	351-0011 朝霞市 本町1-1-1		

再交付申請の理由	<ul style="list-style-type: none">・紛失のため・汚損のため・破損のため・その他
----------	---

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、後期高齢者医療被保険者証の再交付を申請します。

元号 年 月 日