

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

申請（届出）者名	京都 太郎	被保険者との関係	本人
申請（届出）者住所	京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町500-1	電話番号	075-000-0000

○各区役所・支所（保険年金課）に申請書類を提出する方の氏名等を記入してください。

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
被保険者	フリガナ	キョウト タロウ	
	氏名	京都 太郎	
	生年月日	昭和10年10月10日	
	住所	京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町500-1	
申請の理由	誤って破棄してしまったため。		
(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり、被保険者証の再交付を申請します。 令和3年 4月 1日			

○今回、保険証の交付を受ける方の氏名等を記入してください。

○個人番号（マイナンバー）は、通知カード、マイナンバーカード等に記載されている番号を記載してください。

○保険証の再交付を申請する理由を記載してください。

(例) 誤って破棄してしてしまったため、紛失したため、買い物中に盗難にあったため、等

○申請日を記入してください。

○申請書の提出者や保険証の受取人は原則として被保険者本人又は同一世帯の方となります。委任する場合は別途委任状により、代理権が授与されていることを証する必要がありますので、申請書と併せて委任状をご提出ください。

※ 申請書提出時に本人確認書類等の提示を求めます（郵送申請の場合は写しを同封ください）ので、ご協力をお願いいたします。