

【記載例】下記の①～④の箇所についてご記入いただき、必要な書類を持参（郵送の場合は添付書類は不要です。）の上、届け出てください。

様式第9号（第8条関係）

後期高齢者医療 被保険者証 再交付申請書

※ 申請者とは別の方が申請書の記入および窓口への届出をされる場合は、記入（届出）される方のお名前・ご住所・被保険者本人との続柄・連絡先のお電話番号をご記入ください。

届出（書類に不備が合った場合などに、連絡させていただくことがあります。）

被保険者 番号 (8ケタ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0		
フリガナ	ナガハマ タロウ		
氏名	長浜 太郎	性別	男・女
被保険者	② 被保険者ご本人のお名前・生年月日・性別・住所・申請の理由をご記入ください。 申請の理由について、わからなければ「紛失のため」とお書きください。		
住所	〒526-8501 長浜市八幡東町632番地  (連絡先電話番号： — — )		
申請の理由	紛失のため		

滋賀県後期高齢

③ 申請書を提出される日付をご記入ください。

上記のとおり、 の再交付を申請します。

令和 2年 4月 1日

申請者 住所

長浜市八幡東町632番地

氏名 長浜 太郎

④ 被保険者ご本人のご署名をお願いします。

受付 ( )