様式第７号（第７条、第２３条関係）

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">被保険者</td><td>被保険者番号</td><td></td><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒　　－

電話番号（　　）　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付する証明書</td><td colspan="4">☐ 被保険者証　☐ 特定疾病療養受療証
☐ 資格証明書　☐ 減額認定証
☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由</td><td colspan="4">☐ 紛失・焼失　☐ 破損・汚損　☐ その他（　　）</td></tr>
</table>

（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長

上記の理由により、再交付の申請をします。

平成　　年　　月　　日

【申請者】

〒　　－

住　所

氏　名　　㊞

被保険者との続柄（　　）

電話番号（　　）　　－

※事務処理欄

<table>
<tr><td rowspan="2">証処理</td><td>交付　：　窓口　・　郵送　（　　／　　）</td><td rowspan="2">備考</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>回収　：　済　・　未　（　　／　　）</td></tr>
</table>