

後期高齢者福祉医療費受給者証等再交付申請書

安 城 市 長

- 注意 1 太枠の中のみ記入してください。
2 のところは、該当するものに✓印をつけてください。

申請日 令和 ○ 年 月 × 日

申請者	住 所	安城市桜町 1 8 番 2 3 号		
	氏 名	安城 太郎	電 話	0566-71-2232
受給者	受給者番号	7 9 9 × × × × ×		
	氏 名	安城 太郎		
	生 年 月 日	昭和 1 1 年 1 月 1 日		
加入保険	記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
	名 称	愛知県後期高齢者 医療広域連合（安城市）	保険者 コード	
	被 保 険 者			
再交付申請の理由		破 っ た 汚 し た ✓ 失 っ た そ の 他（		

添付書類 後期高齢者福祉医療費受給者証または資格証明書（破ったとき又は汚したとき）