

再交付申請書

届出者名		本人との 関 係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

被保険者番号		個人番号	
--------	--	------	--

被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	

申請の理由	破損のため 汚損のため 紛失のため その他 ()
-------	---------------------------------------

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、 の再交付を申請します。

なお、紛失した証書を発見したときは、直ちに返還します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印