様式第８号（第８条関係）

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

<table>
<tr><td colspan="2">届 出 者 名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">本人との関係</td><td colspan="3">□本人</td></tr>
<tr><td colspan="2">届出者住所</td><td colspan="3">□埼玉県朝霞市</td><td colspan="2">連絡先電話番号</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">被保険者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">被保険者</td><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>個 人 番 号</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="8">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="8">埼玉県朝霞市</td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付申請の理由</td><td colspan="8">□紛失のため
□汚損のため
□破損のため
□その他〔　　〕</td></tr>
</table>

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。

年　　月　　日