

後期高齢者医療再交付申請書

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	
-------	--

岐阜県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、

[<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療特定疾病療養受療証]
---	--	---

を再交付くださるよう申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名