

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名	広域 太郎	本人との係	本人
届出者所	岐阜市柳津町〇-〇	連絡先号 電話番号	000-000-0000

被保険者番号	01234567	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ												
	氏名	広域 太郎												
	生年月日	昭和 2年 2月 2日							性別	男・女				
	住所	岐阜市柳津町〇-〇												
申請の理由	後期高齢者医療被保険者証を紛失したため													

岐阜県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、
 後期高齢者医療被保険者証
 後期高齢者医療限度額適用認定証
 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
 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。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請者 住所 岐阜市柳津町〇-〇

氏名 広域 太郎

