

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	性別	男・女														
	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、
- 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。

年 月 日

申請者 住所

氏名

