

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・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

印