

後期高齢者医療再交付申請書

年 月 日

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(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"/> 後期高齢者医療資格確認書 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療資格情報のお知らせ <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。