

後期高齢者医療再交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

申請（届出）者名	広域 太郎	本人との関係	本人
申請（届出）者住所	岐阜市柳津町〇-〇	連絡先電話番号	000-0000-0000

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11年1月1日												
	住所	岐阜市柳津町〇-〇												
申請の理由	後期高齢者医療資格確認書を紛失したため。													

岐阜県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、  
 後期高齢者医療資格確認書  
 後期高齢者医療資格情報のお知らせ  
 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。