

後期高齢者医療再交付申請書

記入例

届出者名	広域 太郎	本人との係	本人
届出者住所	可見市広見一丁目1番地	連絡先電話番号	0574-62-1111

被保険者番号	1234567	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4
--------	---------	------	-------------------------

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 21 年 4 月 1 日

住所	可見市広見一丁目1番地
----	-------------

郵送提出の場合は、
チェックした書類のコピー
も提出してください。

申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 []	確認書類 <input checked="" type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 []
-------	---	---

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

再交付を希望する証に
チェック

- 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。

提出日

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請者 住所 可見市広見一丁目1番地

氏名 広域 太郎

被保険者と別世帯の方が申請するときは委任状が必要です。