第７号様式（第８条、第１５条、第２３条関係）

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 | 大正・昭和　  |
| 住所 |   |
| 申請の理由 | [ ] 紛失[ ] 破損[ ] その他〔 〕 | 確認書類 | [ ] 免許証[ ] マイナンバーカード[ ] その他〔 　〕 |
| 岐阜県後期高齢者医療広域連合長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ]  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　上記のとおり、　[ ]  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　  |