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 | | | | | | | | | |