

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との係	
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	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 { }	確認書類	<input 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

上記のとおり、

<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 <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。

年 月 日

申請者 住所

氏名