第4号の3様式（第5条の2、第9条、第22条関係）

後期高齢者医療再交付申請書

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請（届出）者名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請（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 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 申請の理由 |  |
| 岐阜県後期高齢者医療広域連合長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ 後期高齢者医療資格確認書　上記のとおり、　□ 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。　 |