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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |