

後期高齢者医療再交付申請書

令和 年 月 日

申請(届出)者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	
申請(届出)者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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 年 月 日
	住所	関市

申請の理由	1. 紛失・消失 2. 破損・汚損 3. その他 ()
-------	------------------------------------

岐阜県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、

<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療資格確認書 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療資格情報のお知らせ <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。

本人確認	交付	受付印
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 身障手帳等 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (/)	