

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号										右詰めでご記入ください	
個人番号											
被保険者	フリガナ										
	氏名							性別	男 ・ 女		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和			年	月	日				
	住所	佐野市									
再交付書類	1 被保険者証 2 特定疾病受療証 3 限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証 4 その他( )										
再交付事由											

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 栃木県佐野市

氏名

印

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

受領者氏名		印
-------	--	---

処理欄	<input type="checkbox"/> 窓口発行 ( . . )
	<input type="checkbox"/> 後日郵送 ( . . )
	<input type="checkbox"/> その他 ( )