

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									
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日								
	住所									
再交付書類	1 資格確認書 2 特定疾病療養受療証 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 限度額適用認定証 5 その他()									
再交付事由	1 紛失のため 2 汚損のため 3 破損のため 4 その他()									

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者
氏名

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

受領者氏名	
-------	--