

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名	後期 一郎	本人との関係	子
連絡先電話番号	028-627-6805		

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	右詰めでご記入ください	
個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
被保険者	フリガナ	コウキ タロウ								
	氏名	後期 太郎						性別	男	
	生年月日	明治・大正		昭和	〇〇	年	〇	月	〇	日
	住所	宇都宮市本町3-9								
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 ④ 限度額適用認定証 ⑤ その他()									
再交付事由	紛失したため									

上記のとおり申請します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

・申請者＝被保険者となります。

申請者
氏名

後期 太郎

後期 印

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

受領者氏名	印
-------	---