

後期高齢者医療再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号											
	個人番号											
	氏名					生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日		
	住所											
再交付の理由	1 汚損 2 破損 3 亡失 4 その他 ()				再交付が 必要なもの	1 資格確認書 2 資格情報通知書 (資格情報のお知らせ) 3 特定疾病療養受療証 4 その他 ()						

上記のとおり再交付を申請します。

年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____