

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	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日								
	住所									
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 その他()									
再交付事由	1 紛失 2 破損 3 その他()									

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者
氏 名

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

なお、再交付につきましては、下記受領者(届出者)が責任を持って異議の生じないよう誓約いたします。

受領者(届出者)

住 所		本人との関係	
氏 名		連 絡 先	()

確認書類 [免許証 ・ 保険証 ・ その他 ()]