

後期高齢者医療再交付申請書

届 出 者 名	栃木 二郎	本人との関係	子
連絡先電話番号	0282-12-3456		

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									
被 保 険 者	フリガナ	トチギ タロウ							
	氏 名	栃木 太郎						性別	男
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 10年 11 月 12 日							
	住 所	栃木市万町9番25号							
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 30 年 11 月 16 日

申請者
氏 名 栃木 太郎(被保険者氏名を記入)

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	栃木市万町9番25号	本人との関係	子
氏 名	栃木 二郎	連 絡 先	0282 (12)3456

確認書類 [免許証 ・ 保険証 ・ その他 ()]