

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 | |
| | 住所 | 〒 |
| 再交付書類 | 1 被保険者証 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(資格確認書) | |
| 再交付事由 | ア 紛失 イ 汚損 ウ 破損 エ 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 | |
|-------|--|