

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名	鹿沼 太郎	本人との関係	本人
連絡先電話番号	090-0000-0000		

被保険者番号		12345678		右詰めでご記入ください		
個人番号						
被保険者	フリガナ	カヌマ タロウ				
	氏名	鹿沼 太郎				
	生年月日	昭和20年1月1日				
	住所	〒322-8601 鹿沼市今宮町1688-1				
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。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者
氏名 鹿沼 太郎

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

受領者氏名	
-------	--