

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	男 ・ 女
	住所									

再 交 付 の 理 由	1 汚損	再 交 付 が 必 要 な も の	1 被保険者証
	2 破損		2 特定疾病療養受療証
3 亡失	3 限度額適用・標準負担額減額認定証		
4 その他 ()	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 _____ 印