様式第7号（第7条関係）

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　年　月　日 昭和			男 ・ 女	
	住所									

再交付の理由	1　汚損 2　破損 3　亡失 4　その他 （　　）	再交付が 必要なもの	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（　　）

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿