

## 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
	住所	高知県幡多郡黒潮町										

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。

令和      年      月      日

高知県後期高齢者医療広域連合長      様

申請者      住所      高知県幡多郡黒潮町 \_\_\_\_\_

氏名      \_\_\_\_\_

代理人      続柄      \_\_\_\_\_

電話番号      \_\_\_\_\_