

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									
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 資格確認書 2 資格情報通知書 (資格情報のお知らせ) 3 特定疾病療養受療証 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 _____ 代理人 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____										