

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	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 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 \_\_\_\_\_