

後期高齢者医療再交付申請書

年 月 日

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(届出)者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			個人番号												
被 保 険 者	フリガナ														
	氏名														
	生年月日	年 月 日													
	住所														
申請の理由															
岐阜県後期高齢者医療広域連合長															
上記のとおり、 ☐ 後期高齢者医療資格確認書 ☐ 後期高齢者医療資格情報のお知らせ ☐ 後期高齢者医療特定疾病療養受療証															
を再交付くださるよう申請します。															

<受取> 保険年金課窓口・簡易書留・その他（ ）
番号 通・個・住
本人 免・個・パ・在・障・年・保 < 受付 >
他（ ） 保険年金課・ _____ 事務所

受付		収納
確認		有・無