

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
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																				
<p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり、</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 </div> <p>を再交付くださるよう申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>																				

<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