

# 記載例

## 後期高齢者医療再交付申請書

窓口に来庁した方

|       |             |         |              |
|-------|-------------|---------|--------------|
| 届出者名  | 藤岡 花子       | 本人との関係  | 子            |
| 届出者住所 | 藤岡市中栗須327番地 | 連絡先電話番号 | 0274-22-1211 |

|        |          |      |         |
|--------|----------|------|---------|
| 被保険者番号 | 01234567 | 個人番号 | ※わかれば記入 |
|--------|----------|------|---------|

|                  |      |                 |
|------------------|------|-----------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ | フジoka タロウ       |
|                  | 氏 名  | 藤岡 太郎           |
|                  | 生年月日 | 大正・昭和 15年 4月 1日 |
|                  | 住 所  | 藤岡市中栗須327番地     |

わかる範囲で記入してください。氏名・生年月日・住所は必ず記入してください。

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| 申 請 の 理 由 | 紛失・破損・盗難・その他（ ） |
|-----------|-----------------|

該当するものに○をしてください。

(あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長

該当するものを○で囲んでください。

上記のとおり資格確認書・資格情報のお知らせ・特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

6年 12月 2日