

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<br>保<br>険<br>者                                                                                   | フリガナ |                                             |      |     |
|                                                                                                    | 氏名   |                                             |      |     |
|                                                                                                    | 生年月日 | 大正・昭和                                       | 年    | 月 日 |
|                                                                                                    | 住所   |                                             |      |     |
| 申 請 の 理 由                                                                                          |      | 紛失 ・ 破損 ・ 盗難 ・ その他 (                      ) |      |     |
| <p>(あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>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。</p> <p>年    月    日</p> |      |                                             |      |     |