

(様式第6号)

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	
	住所	

証等の再交付	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	--

申請の理由	1. 紛失 2. き損 3. その他 ()
-------	------------------------------

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり (後期高齢者医療被保険者証
後期高齢者特定疾病療養受療証
限度額適用認定証
限度額適用・標準負担額減額認定証) の再交付を申請します。

平成 年 月 日

住所
申請者
氏名

印