

### 後期高齢者医療再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号										
	氏 名					生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	男 ・ 女
	住 所										
再 交 付 の 理 由	1 汚損 2 破損 3 亡失 4 その他 ( )				再交付が  必要なもの	1 被保険者証 2 特定疾病療養受療証 3 限度額適用・標準負担額 減額認定証 4 その他( )					

上記のとおり再交付を申請します。

平成 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代理人 \_\_\_\_\_ 印 続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_