

後期高齢者医療再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

本人確認済

申 請 者 名		被保険者 との関係	
申 請 者 住 所			
申 請 者 連 絡 先 (電 話 番 号)			

下記のとおり、後期高齢者医療の証明書等の再交付を申請します。

本人確認済

被 保 険 者	被保険者番号		個 人 番 号	
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	住 所			
再 交 付 に 係 る 証 等 の 種 類		☐ 後期高齢者医療資格確認書 ☐ 後期高齢者医療資格情報のお知らせ ☐ 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 ☐ その他 ()		
申 請 の 理 由		1. 紛 失 2. き 損 3. そ の 他 ()		
				担当

☐ 窓口交付済 ☐ 郵送