

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	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療資格確認書 (新規交付は除く) <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 (被保険者証がある場合のみ) <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 (被保険者証がある場合のみ) <input type="checkbox"/> 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