

後期高齢者医療再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号								
	個人番号								
	氏名				生年月日	年 月 日			
	住所	香美市							

再 交 付 の 理 由	1 汚損	再交付が 必要なもの	1 被保険者証
	2 破損		2 特定疾病療養受療証
3 亡失	3 限度額適用・標準負担額減額認定証		
4 その他 ( )	4 限度額適用認定証		
	5 その他 ( )		

上記のとおり再交付を申請します。

令和 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 \_\_\_\_\_

----- 処理欄 -----

交 付	窓口・郵送 (発送日 / )		
確 認	課長	班長	係

確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 身分証明書
	<input type="checkbox"/> 住基カード	<input type="checkbox"/> 保険証
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> その他	
	( )	