

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	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 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。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 年 月 日 </div> 高知県後期高齢者医療広域連合長 様 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 申請者 住所 _____ </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 氏名 _____ 印 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 代理人 _____ 印 続柄 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 電話番号 _____ </div>											

証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)
	回収：済・未 (/)
	(本人確認)
	書類名： 番号：

代理人(同住所 ・ 送付先)