

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 年 月 日 昭和	
	住 所	南国市							
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 資格確認書 2 資格情報通知書 (資格情報のお知らせ) 3 特定疾病療養受領証 4 限度額適用・標準負担額減額認定証 5 限度額適用認定証		
<p style="text-align: center;">上記のとおり再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>高知県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">申請者</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">住 所 南国市 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話番号 _____</p>									

証 明 書 理	交付：窓口・郵送 (/)
	回収：済・未 (/)
	宛〈本人確認〉
	書類名： 番号：

代理人(同住所 ・ 送付先)

氏 名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____