

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 その他()		
上記のとおり再交付を申請します。 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 _____ 印									