

後期高齢者医療再交付申請書

太枠内をご記入ください		記入日	令和		年	月	日
申請（届出）者名		☐ 被保険者に同じ		本人との関係		☐ 本人	
申請（届出）者住所		☐ 被保険者に同じ		連絡先電話番号			
届出人身分証明書：運転免許証（ ）その他（ ）							
被保険者番号		個人番号					
被保険者	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	大正・昭和 年 月 日					
	住所						
申請の理由		☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ その他（ ）					
再交付書類		☐ 後期高齢者医療資格確認書 ☐ 後期高齢者医療資格情報のお知らせ ※現在交付しておりません ☐ 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 ※認定者のみ					
岐阜県後期高齢者医療広域連合長							
上記のとおり、再交付くださるよう申請します。							

* 申請者の受け取り方法（ 書留郵便 ・ 窓口受取 ・ 振興事務所受取 ）

* 書留郵便は、被保険者の住民票上住所、または登録済みの送付先住所のみ送付します。