

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 紛失 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			
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 南国市 氏 名 電話番号										

証 明 書 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)

氏 名 続柄

電話番号