

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

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・昭 年 月 日
	住所	新宮市

申請の理由	紛失 破損 その他（下に記載）
-------	-----------------------

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療被保険者証の再交付を申請します。

令和 年 月 日