

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名	新宮 太郎	本人との係	長男
届出者住所	新宮市春日1-1	連絡先電話番号	0735-23-3333

被保険者番号	21012345	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	シングウ ゴンザプロウ	
	氏名	新宮 権三郎	
	生年月日	大・ 昭 15年3月9日	
	住所	新宮市 三輪崎3-4-1	
申請の理由	紛失 破損 その他(下に記載)	対象者の被保険者番号、 (保険証の上段8桁の番号) 対象者の氏名、生年月日、 住所、再発行の理由に○	

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 3 年 6 月 1 日

← 記入した日付