

後期高齢者医療再交付申請書

次のとおり関係書類を添えて届出します。

令和 年 月 日

申請者

〒	—
住 所：	
氏 名：	(続柄：本人・)
TEL：	— —

証 種 別	<input type="checkbox"/> 資格確認書	事 由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 盗難
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 特定健診受診券				

対象者

被保険者番号	
住 所	〒 天理市 町 番地 TEL：
フリガナ	
氏 名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日

交付：窓口・郵送 (/)	備 考	
回収：済・未 (/)		
〈本人確認〉 本 人：免許証・マイナンバー・通帳・() 代理人：免許証・マイナンバー・通帳・() 番 号：		